

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

Readaptação Funcional da Pessoa Com Alterações
Cognitivas por Lesão Cerebral Adquirida:
Intervenção Especializada em Enfermagem de
Reabilitação

Catarina Magalhães Soares

Lisboa

2018





Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

Readaptação Funcional da Pessoa Com Alterações
Cognitivas por Lesão Cerebral Adquirida:
Intervenção Especializada em Enfermagem de
Reabilitação

Catarina Magalhães Soares

Orientador: Professora Doutora Vanda Marques Pinto

Coorientador: Professor Ricardo Braga

Lisboa

2018



“A mente e o comportamento são o resultado constante do funcionamento de galáxias de núcleos e de aglomerados corticais, articulados por projeções neurais convergentes e divergentes.

Se essas galáxias forem bem organizadas e trabalharem em harmonia, o resultado é poesia. Caso contrário, pode ser a loucura.”

Damásio, 2010

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Ricardo Braga, por ter aceite orientar o relatório e pelo contributo das suas observações e sugestões ao longo de todo o processo.

À Professora Doutora Vanda Marques Pinto, pelo exemplo e motivação.

À Enfermeira Margarete Seixas, por me orientar e acompanhar, ensinando-me que há sempre mais e melhor a fazer.

À Enfermeira Sofia Sales, pela disponibilidade e orientação.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Autocuidado

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

CR – Cadeira de Rodas

DD – Descritores de Dublin

DE – Dispositivos Externos

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

FIM – *Functional Independence Measure*

LCA – Lesão Cerebral Adquirida

MoCA – *Montreal Cognitive Assessment*

OE – Ordem dos Enfermeiros

RC – Reserva Cognitiva

RCE – Reserva Cerebral

SARA – Sistema Ativador Reticular Ascendente

SNC – Sistema Nervoso Central

TCE – Traumatismo Crânio-Encefálico

TDAC – Teoria do Défice de Autocuidado

UCC – Unidade de Cuidados da Comunidade

WHO – World Health Organization

RESUMO

A cognição, como resultado da interação das funções superiores entre si e com o ambiente, permite-nos ter uma resposta altamente diferenciada na relação conosco próprios e com o mundo. Quando ocorre uma lesão cerebral adquirida (LCA), o equilíbrio entre os processos cognitivos e as exigências do ambiente perde-se, levando a pessoa lesada a deparar-se com limitações na atividade sensoriomotora, cognitivo comportamental e social.

As alterações funcionais que frequentemente resultam do déficit cognitivo levam à incapacidade na realização de atividades de vida diária e de autocuidado (AC). Assim sendo, os processos de neuro plasticidade consequentes da LCA são a base da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na promoção da readaptação funcional da pessoa com déficit cognitivo.

O EEER trabalha a restituição e/ou compensação dos processos cognitivos através de uma abordagem neuro funcional, com intervenções no sentido do enriquecimento do ambiente, regulação sensorial e promoção da funcionalidade. O AC, estruturado por Orem na Teoria do Déficit do AC, constitui um recurso para o EEER avaliar e trabalhar alterações cognitivas e a sua extensão comportamental, e como indicador de ganhos na independência funcional da pessoa lesada.

O presente relatório constitui uma descrição e avaliação das atividades realizadas em contexto de ensino clínico, com o propósito de desenvolver competências comuns de Enfermeiro Especialista e de EEER, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente no cuidado à pessoa com alterações cognitivas por LCA.

Assim, conclui-se que a intervenção do EEER, aliando a estimulação dos processos cognitivos ao desempenho do AC, favorece a readaptação funcional e promove a independência da pessoa com alterações cognitivas por LCA e sua família. A abordagem neuro funcional, integrando a pessoa lesada e família no processo, permite individualizar a intervenção e trabalhar a restituição e/ou compensação dos défices cognitivos, concomitantemente ao desempenho das atividades de vida diária, o que promove a funcionalidade e a participação e interação familiar e social.

Palavras-chave: Readaptação Funcional, Alterações Cognitivas, Lesão Cerebral Adquirida, Autocuidado, Enfermagem de Reabilitação;

ABSTRACT

The cognition, as a result of the interaction between the superior functions themselves and with the environment, let us have a highly differentiated response to the relationship with ourselves and the world. When an acquired brain injury occurs (ABI), the balance between cognition processes and demands of the environment is disrupted, which takes the injured person to face limitations in sensorimotor activity, cognitive behaviour and social interaction.

Functional changes that often result from cognitive impairment lead to inability to perform activities of daily life (ADL) and self-care (SC) activities. Therefore, the consequent neuroplasticity processes after ABI are the basis of intervention of the rehabilitation nurse in promoting functional rehabilitation of the person with cognitive deficit.

Rehabilitation nurse works the restitution and / or compensation of the cognitive processes through a neurofunctional approach, with interventions towards the enrichment of the environment, sensorial regulation and promotion of functionality. SC, structured by Orem in the SC Deficit Theory, is a resource for rehabilitation nurse to assess and work cognitive changes and their behavioural extension, and as an indicator of improvement in the functional independence of the injured person.

This report constitutes a description and evaluation of the activities carried out in the context of clinical training, with the purpose of developing common competences of Specialist Nurse and Rehabilitation Nurse, recommended by the Portuguese Nursing Order, namely in the care of people with cognitive impairment by ABI.

Thus, it is concluded that rehabilitation nurse intervention, combining the stimulation of the cognitive processes to the performance of SC, favour functional readaptation and promotes independence of people with cognitive impairment by ABI and their family. Neuro functional approach, integrating the injured person and family into the process, allows to individualize the intervention and work for restitution and/or compensation of cognitive deficits, concomitantly to the performance in the daily living activities, which promotes functionality and familiar and social participation and interaction.

Keywords: Functional Rehabilitation, Cognitive Impairment, Acquired Brain Injury, Self-Care, Rehabilitation Nursing;

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. A COGNIÇÃO	14
1.1. Alterações Cognitivas após LCA.....	18
1.2. Reorganização Cerebral após LCA.....	21
1.3. A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação	23
1.3.1. Dispositivos Externos (DE) como recurso do EEER	27
1.3.2. Ambiente Enriquecido e Regulação Sensorial	29
1.3.3. Readaptação Funcional	32
1.3.4. Quadro de Referencial Teórico de Enfermagem.....	37
2. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	41
3. AVALIAÇÃO	65
CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

ANEXOS E APÊNDICES

Anexo I - The Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Anexo II – Functional Independence Measure

Anexo III – Certificado de participação no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2017

Apêndice I – A função da linguagem e suas alterações após LCA

Apêndice II – Processos de Neuro Plasticidade e implicações em Reabilitação

Apêndice III – Reserva Cerebral e Cognitiva

Apêndice IV – Tabela de Avaliação Neurológica

Apêndice V – Jornal de Aprendizagem: Avaliação neurológica nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Apêndice VI – Plano de Cuidados Sra. M. A.

Apêndice VII – Plano de Cuidados Sra. A.

Apêndice VIII – DE e fotografias do WC

Apêndice IX – Plano de Cuidados Sra. G.

Apêndice X – Apresentação no serviço de Neurocirurgia

Apêndice XI – Póster “WC mais acessível: adaptação à pessoa com déficit cognitivo”

Apêndice XII - Guia de Intervenção na Atenção

Apêndice XIII – Plano de Cuidados Sr. A. C.

Apêndice XIV – Jornal de Aprendizagem: A Adesão e Motivação para o Processo de Reabilitação

Apêndice XV – Plano de Cuidados Mna. M.

INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do oitavo Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Reabilitação (ER). Como ponto de partida, foi realizado um projeto intitulado “Readaptação Funcional da Pessoa com Alterações Cognitivas por Lesão Cerebral Adquirida (LCA): Intervenção Especializada em Enfermagem de Reabilitação”, posteriormente implementado em contexto de ensino clínico.

A escolha da temática provém do interesse pessoal pela área da cognição e pela motivação em aprofundar conhecimentos acerca das neurociências. Por outro lado, o contexto do meu exercício profissional foi também determinante: o Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, que admite, maioritariamente, pessoas com o diagnóstico de traumatismo crânio-encefálico (TCE), acidente vascular cerebral (AVC) e lesão vertebro-medular. Relativamente aos primeiros dois diagnósticos, são claros os défices cognitivos presentes e, portanto, a necessidade da intervenção sobre estes nos programas de reabilitação. Como enfermeira no serviço de internamento, o foco é a readaptação funcional, promovendo a independência, reintegração familiar, social e, se possível, profissional. Para tal, o treino das atividades de vida diária (AVD) é essencial, havendo necessidade de adequar a relação e o ambiente da intervenção aos défices que a pessoa apresenta e, nesse aspeto, identificam-se necessidades de desenvolvimento profissional. Tendo em conta o trabalho conjunto entre a equipa multidisciplinar, pessoa lesada e família, acredito que o uso dos recursos disponíveis pode ser otimizado ao desenvolver competências no âmbito da reabilitação das funções cognitivas, atingindo os objetivos propostos de forma mais eficiente.

As principais causas neurológicas de morte ou incapacidade por LCA são o AVC, o TCE, lesões por hipóxia, encefalites e tumores cerebrais (Sohlberg & Mateer, 2011). Entenda-se LCA como uma lesão do tecido cerebral ocorrida após o nascimento, não congénita ou degenerativa, que leva à perda, parcial ou total, da funcionalidade e a graves alterações na participação familiar, social e profissional (Stables, 2010). As LCA são uma das principais causas de incapacidade a nível mundial (Whyte, Skidmore, Ricker & Butters, 2011) e, no contexto europeu, são as que acarretam maior peso sobre o diagnóstico de incapacidade, cerca de 11,2%, sendo mais de metade referentes a AVC e, de entre estes, quase 50% adquire algum

grau de dependência (WHO, 2006). Santos, Sousa, Castro-Caldas (2003) afirmam que, em Portugal, o AVC e o TCE são as LCA mais prevalentes.

Tatemichi, Desmond, Stem, Paik, Sano & Bagiella, (1994) afirmam que 32 a 56% dos sobreviventes de AVC apresentam défice cognitivo, sendo as funções cognitivas mais comumente afetadas a atenção, a memória de trabalho, velocidade de processamento e as funções executivas. Dados mais recentes indicam que a prevalência do défice cognitivo após o AVC pode atingir 35,2%, estando associado a dificuldades na recuperação funcional e ao aumento do risco de mortalidade (Terroni, 2009). Tatemichi, et al. (1994) realçam que o défice cognitivo é preditor de resultados negativos nos ganhos de funcionalidade após AVC e no grau de dependência na realização das AVD, mesmo quando as sequelas físicas são controladas.

No TCE, as funções cognitivas mais comumente afetadas são comuns ao AVC, com estudos que apontam uma percentagem de 47% de pessoas que, um ano após TCE, ainda reportam dificuldades funcionais. As sequelas a nível cognitivo afetam a qualidade de vida, alterando a capacidade de lidar com o desempenho de AVD simples, de viver de forma independente, manter uma atividade profissional e interagir com outros (Cristofori & Levin, 2015).

Torna-se, assim, claro o problema de saúde pública existente, e imperativo investir no desenvolvimento de intervenções eficazes no processo de reabilitação após LCA (Whyte et al, 2011). Sohlberg & Mateer (2011) referem que o percurso da pessoa com LCA até à recuperação da funcionalidade é, muitas vezes, dificultado não só pelas consequências físicas da lesão, mas também pelas consequências emocionais, comportamentais e cognitivas adquiridas. A função cognitiva é considerada um fator preditor dos resultados em reabilitação, podendo ser trabalhada através do desenvolvimento de intervenções focadas nesta área (Whyte et al, 2011). A reabilitação das funções cognitivas passa por conhecer o status prévio à lesão e trabalhar estratégias de restituição e/ou compensação com a pessoa e família, no sentido de promover habilidades para regular comportamentos, adequar pensamentos e emoções e promover a funcionalidade (Sohlberg & Mateer, 2011).

O presente relatório resulta da implementação do projeto desenvolvido nos locais de ensino clínico, um hospitalar e outro na comunidade. No contexto hospitalar, optei por um serviço de neurocirurgia, considerando a oportunidade de contactar com pessoas com LCA, nomeadamente lesões ocupantes de espaço, lesões de origem

traumática ou vascular, entre outras. Esta escolha teve como objetivo perceber o percurso da pessoa desde logo após a LCA e durante a fase aguda, e o que pode ser desenvolvido no sentido de minorar a perda de funcionalidade a curto prazo. Isto porque, segundo Borella & Sacchelli (2009), os processos de reparação e reorganização cerebral começam logo após a lesão, pelo que o programa de reabilitação deve ter início precoce, tirando partido da maior intensidade da neuro plasticidade característica da fase inicial, embora esta possa durar anos, devendo ser intensificados os programas de reabilitação.

Num segundo momento, o ensino clínico decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), integrando a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), onde se torna possível estabelecer uma relação de proximidade com a pessoa lesada e família, trabalhando no seu contexto domiciliário. Este local de estágio proporciona o desenvolvimento de competências também noutras áreas da ER.

Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (OE) (OE, 2015a) considera como área prioritária até 2025 a investigação e desenvolvimento das intervenções autónomas do EEER na função cognitiva, reforçando a pertinência do tema escolhido. Na Assembleia do Colégio da Especialidade de ER (OE, 2015b), foi elaborado um core de indicadores descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de ER, no qual se inclui a readaptação funcional, descrita como reflexo da excelência no ensino profissional, permitindo ao EEER atuar em parceria com a pessoa alvo dos cuidados no desenvolvimento de um processo de adaptação eficaz ao problema de saúde. Um outro indicador da excelência do exercício da enfermagem, elencado pela OE, é o Bem-estar e Autocuidado (AC), em que se preconiza que o EEER seja competente ao ponto de maximizar o bem-estar e promover o AC, complementando a pessoa na realização das AVD que esta não consiga realizar de forma independente.

Neste âmbito, o preâmbulo do Regulamento das Competências Específicas do EEER destaca como objetivos gerais da sua intervenção, melhorar a função e promover a independência e a satisfação da pessoa (OE, 2015b). Como tal, uma teoria de enfermagem que se enquadra, por excelência, no âmbito da prática do EEER é a que tem como foco o AC numa perspetiva de funcionalidade. Define-se, assim, a Teoria de Défice do AC (TDAC), desenvolvida por *Dorothea Orem*, para nortear e operacionalizar a conceção de cuidados.

Na tentativa de perceber quais as intervenções de ER na readaptação funcional da pessoa com alterações cognitivas decorrentes de LCA, delineei como objetivo geral do relatório: desenvolver competências como EEER no cuidado à pessoa com alterações cognitivas por LCA. Para concretizar, estabelecem-se os seguintes objetivos específicos: a) Compreender de que forma o EEER favorece o processo de readaptação funcional da pessoa com alteração cognitiva por LCA; b) Planejar intervenções específicas do EEER para promover e otimizar a readaptação funcional da pessoa com alterações cognitivas por LCA e sua família; c) Implementar intervenções de ER à pessoa com alterações cognitivas por LCA e sua família; d) Monitorizar a intervenção do EEER à pessoa com alterações cognitivas pós LCA e sua família.

De forma a desenvolver as competências como enfermeira especialista (EE) e EEER preconizadas pela OE, surge o segundo objetivo geral: desenvolver competências técnicas, científicas e humanas de EEER na promoção do processo de reabilitação da pessoa e sua família.

Assim, o presente relatório encontra-se estruturado da seguinte forma: após a exposição inicial das motivações pessoais na escolha da temática e da sua pertinência, segue-se um enquadramento conceptual do tema, com o intuito de clarificar os principais conceitos e evidência científica reunida. Aqui destaca-se uma breve exposição dos processos cognitivos e do funcionamento cerebral após LCA, relacionado com o desenvolvimento da cognição. Posteriormente, será explicitada a intervenção do EEER no âmbito da evidência proveniente da revisão scoping realizada, em que surgem instrumentos complementares como os dispositivos externos, a regulação sensorial e ainda a abordagem neuro funcional ao AC da pessoa com alterações cognitivas. Segue-se uma análise das atividades desenvolvidas no ensino clínico em resposta aos objetivos do relatório bem como relativamente às competências comuns de EE e específicas de EEER, os padrões de qualidade dos cuidados do EEER e os descritores de Dublin (DD). Por fim, será apresentada uma avaliação do percurso desenvolvido, bem como uma conclusão, onde serão destacadas as metas atingidas e desafios para o futuro, assim como a relevância deste trabalho para a Enfermagem e Especialidade, e uma perspetiva futura de desenvolvimento desta temática.

1. A COGNIÇÃO

Neste capítulo será demonstrada a evidência que fundamenta as atividades realizadas em contexto de ensino clínico, considerando o funcionamento natural dos processos cognitivos, antes e após uma LCA, que conduz a alterações com impacto na funcionalidade da pessoa lesada, assim como a relevância da intervenção do EEER na readaptação funcional da mesma. Ressalva-se que não houve intervenção com pessoas com alterações da linguagem, pelo que a definição da função e consequentes alterações após LCA foram remetidas para o apêndice I.

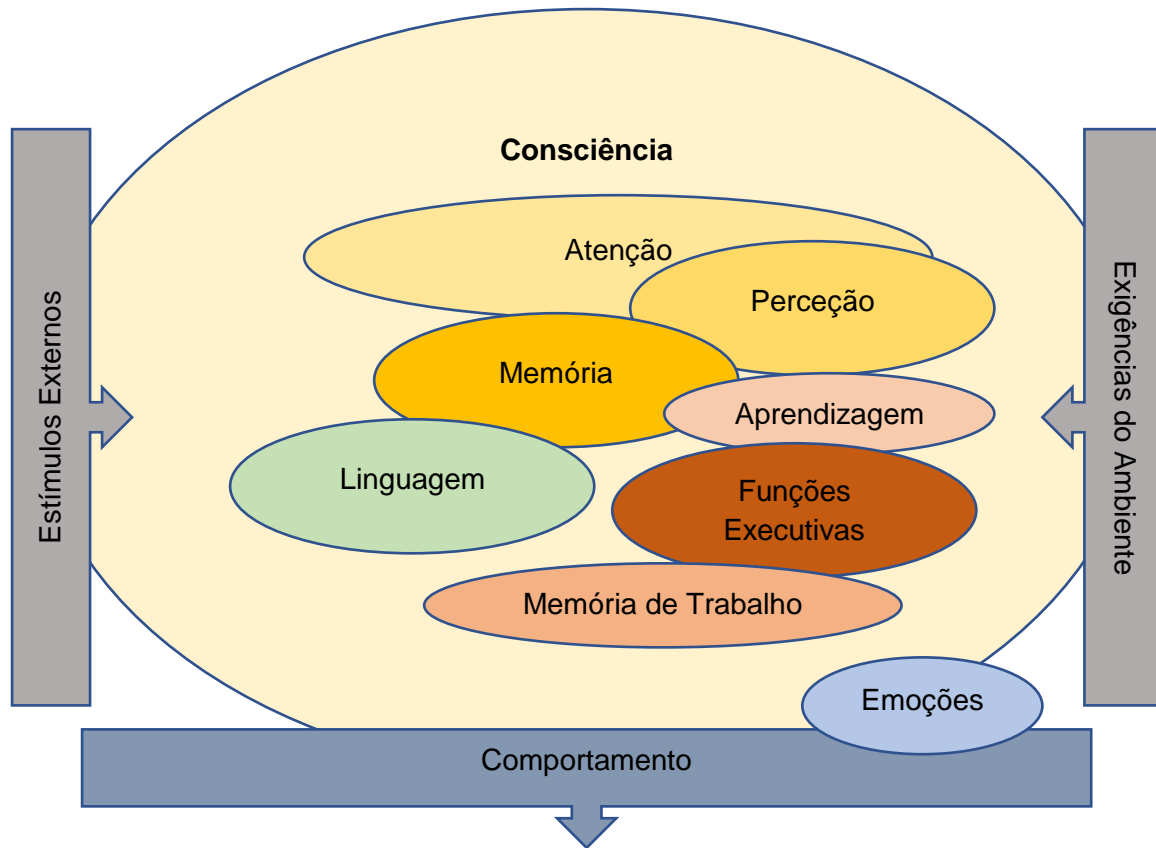
As funções superiores distinguem o ser humano dos demais pela sua complexidade e capacidade de resposta com características altamente diferenciadas e camaleónicas. Segundo Damásio (2010, p. 382),

“O cérebro é um sistema de sistemas. Cada sistema é composto por uma interligação elaborada por regiões corticais e núcleos subcorticais pequenos mas macroscópicos, compostos por circuitos locais microscópicos, que são feitos de neurónios, todos ligados por sinapses. Aquilo que os neurónios fazem depende da agregação local de neurónios à qual pertencem; aquilo que os sistemas acabam por fazer depende da forma como os agregados locais influenciam outros agregados no âmbito de uma arquitetura interligada; por fim, aquilo com que cada agregado contribui para o funcionamento do sistema a que pertence depende da sua localização nesse sistema.”

Estas estão representadas assimetricamente e, por vezes, lateralizadas nos hemisférios cerebrais, o que explica que lesões neurológicas com diferentes localizações reportem a quadros clínicos distintos. De forma grosseira, o hemisfério esquerdo alberga as capacidades verbais, linguagem oral, leitura, escrita, cálculo e memória verbal. O hemisfério direito é responsável pelas capacidades não verbais, referências espaciais, memória de faces e visuoespacial e capacidades musicais (Ferro & Pimental, 2013). O corpo caloso conecta os dois hemisférios, permitindo a partilha de informação. Desde o nascimento, um dos hemisférios (por norma, o esquerdo) desenvolve-se mais que o outro, tornando-se dominante (Hoeman, 2008).

Entenda-se **capacidades cognitivas** ou **funções nervosas superiores** como um conjunto de funções interligadas que permitem representar mentalmente o mundo e aprender, processar, gravar e comunicar informação ao longo da vida. A sofisticação do sistema nervoso torna possível a consciência de nós próprios e a capacidade de planejar, decidir e controlar o comportamento de acordo com a vontade própria e com os princípios morais e sociais sobre os quais nos regemos (Ferro & Pimentel, 2013).

Figura 1. As funções cognitivas em interação



Como “pano de fundo” existe a **consciência**, definida por Jones (2006) como a capacidade de perceber estímulos internos e externos e de reagir aos mesmos, quer seja com pensamentos ou movimentos físicos dirigidos. Para Ferro & Pimentel (2013, p. 25) “é a capacidade de nos darmos conta de nós próprios, da nossa atividade mental e do ambiente”. Esta permite a percepção de si e do ambiente, e a seletividade da atenção que possibilita à informação colhida percorrer os diferentes níveis necessários à cognição (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

A competência que dá sentido ao ambiente que nos rodeia é designada **percepção** e engloba a identificação, integração e interpretação de estímulos. A percepção e os sentidos andam a par pois sem a primeira não nos é possível interpretar as sensações (Hoeman, 2008). Ekman (2009) também define percepção como a interpretação da sensação de forma significativa, consistindo num processo ativo que exige a interação entre o encéfalo, o corpo e o ambiente.

A percepção desenvolve-se maioritariamente nos lobos parietais, que tendem a processar aspetos diferentes: os estímulos verbais, através da escrita e leitura e a discriminação direita/esquerda são responsabilidade do lobo parietal esquerdo,

enquanto que informações sobre o espaço, textura, geografia, construção e esquema corporal são processados pelo lobo parietal direito (Hoeman, 2008).

A **atenção** enquadra-se aqui como uma função cerebral dependente da consciência e cuja finalidade é selecionar, de entre uma corrente de estímulos sensoriais que chegam ao cérebro, as que são pertinentes para a realização de uma atividade, seja esta motora ou puramente intelectual. Deve ser percecionada como uma base da ativação geral das funções mentais, relacionada com o funcionamento do Sistema Ativador Reticular Ascendente (SARA), e vetorial, capaz de regular a eficácia de um processo cerebral específico. Para que exista funcionalidade, devem ser ativados ambos os componentes da atenção, embora um possa ser usado preferencialmente consoante as exigências do ambiente presenciado (Habib, 2003).

A manutenção da atenção relaciona-se com os lobos frontal e parietal direitos, a orientação espacial relaciona-se com o lobo parietal direito e a desconexão do foco de atenção presente para um outro está relacionada com o mesencéfalo. Segundo Sohlberg & Mateer (2011), a atenção pode ser dividida em: **focada**, que consiste na resposta básica de focar a atenção num estímulo; **mantida**, que se refere à habilidade de manter um comportamento coerente de forma contínua durante a atividade (esta função mental produz a concentração); **seletiva**, que é influenciada por estímulos externos e constitui a capacidade de manter o foco na atividade sem se distrair com outros estímulos; **dividida**, que envolve a habilidade de responder simultaneamente a múltiplas tarefas ou exigências; e a **atenção alternada**, que constitui a capacidade de flexibilidade mental que permite mudar o foco de atenção e realizar tarefas num continuum com diferentes graus de exigência cognitiva.

A **memória** engloba os processos de armazenamento, acesso e atualização de informações codificadas através da perceção (Habib, 2003). O processo de memorização de nova informação ao longo do tempo pode ser avaliado em diferentes fases: aquisição ou codificação de nova informação; armazenagem e consolidação, que leva à permanência do registo de codificação; e acesso e evocação, que permite a procura e acesso à informação previamente guardada (Ferro & Pimentel, 2013).

A **memória sensorial** é um importante componente da memória porque constitui a porta de entrada dos estímulos e pode dividir-se em: memória ecoica (memória sensorial auditiva) e icónica (memória sensorial visual). A sua função é

assegurar que o sistema perceptivo dispõe de uma quantidade mínima de tempo para processar o estímulo (Céspedes & Ustároz, 2008).

Existem diferenças entre a memória para informação verbal e não verbal, dado o processamento e as redes de memória para diferentes tipos de informação serem dependentes de diferentes hemisférios e regiões cerebrais. A aprendizagem verbal está, tendencialmente, dependente do hemisfério esquerdo, trabalhando os estímulos sobre a forma de palavras, frases e parágrafos curtos, transmitida através da modalidade visual ou auditiva. A aprendizagem não verbal e memórias típicas tendem a usar desenhos visuais, posições espaciais e rostos (Sohlberg & Mateer, 2011).

Acredita-se que a **aprendizagem** esteja relacionada com a memória pois tem conexões com o lobo temporal medial e com as estruturas do diencefalo (Bear, Connors, & Paradiso, 2008). Sabe-se que o modelo de condicionamento clássico explica como se dá a aprendizagem, ou seja, como se parte da retenção e associação de dois estímulos para a modificação de uma resposta, previamente desencadeada pelo primeiro estímulo – incondicional, surgir depois, apenas despoletada pelo segundo estímulo –condicional (Habib, 2003).

A **praxia** designa a correta de sequência de movimentos necessários à realização de uma tarefa e, para tal, o hemisfério esquerdo é dominante no que diz respeito aos movimentos proposicionais, sobretudo quando envolver o lobo parietal inferior ou a área suplementar motora (Ferro & Pimentel, 2013).

São consideradas **funções executivas** aquelas que se encontram “no topo da hierarquia das funções cognitivas” e que são responsáveis pelo **planeamento**, **coordenação** e **monitorização** das nossas ações. Estão envolvidas no comportamento social, nas relações interpessoais e nas atividades cognitivas mais complexas, que envolvem fatores como regras sociais, conceitos morais, aspetos emocionais, experiência prévia e conhecimentos, que são requeridos, por exemplo, na tomada de decisões mais difíceis, na análise de situações novas e na estratégia e no planeamento necessário para levar a cabo algo predefinido (Ferro & Pimentel, 2013).

A **memória de trabalho** enquadra-se nas funções executivas, mas é um conceito incontornável quando se aborda também a atenção e memória. Esta consiste numa série de processos que nos permite manter a informação por tempo suficiente para escrevê-la, por exemplo, e ainda desviar a nossa atenção, temporariamente, para outra tarefa, retornando com sucesso à tarefa original. A memória de trabalho

está associada ao armazenamento e recuperação de informação, e também à manipulação dessa informação para o propósito de uma tarefa. Deste modo, depende do armazenamento, ensaio e processos executivos e pode ser testada pedindo à pessoa para repetir cinco números na ordem inversa (Solhlberg & Mateer, 2011).

1.1. Alterações Cognitivas após LCA

Os principais défices cognitivos resultantes de LCA relacionam-se com a atenção, memória, velocidade de processamento, memória de trabalho e funções executivas (Whyte, Skidmore, Aizenstein, Ricker, & Butters, 2011), sendo, por norma, múltiplos e acarretando compromissos cumulativos (Varanda & Rodrigues, 2016). Ao EEER cabe “avaliar a expressão comportamental do conjunto de défices cognitivos, numa determinada situação patológica, na medida em que esta afeta a independência funcional da pessoa.” (Varanda & Rodrigues, 2016, p.157). As autoras acrescentam que, tendo por base essa avaliação, o EEER implementa um programa de reabilitação individualizado, fundamentado e abrangente.

A **atenção** é essencial para a atividade sensorial, a memória e processos executivos (Caldas, 1999). Alterações na atenção estão relacionadas com problemas de concentração, incapacidade de filtrar estímulos externos irrelevantes, negligência e habilidade para alternar atividades, com impacto na velocidade de processamento. Esta função pode ser avaliada desde o primeiro contacto com a pessoa lesada, através do seu comportamento face a uma abordagem precisa por parte do profissional, proporcionando diferentes exigências através da gestão do ambiente face a atividades propostas. Pode também ser avaliado através de testes como o Trail Making Test: atenção sustentada e dividida (parte 1), e atenção dividida e alternada (parte 2) (Solhlberg & Mateer, 2011).

A capacidade de perceção tem grande impacto no potencial de reabilitação pois é essencial à aprendizagem, daí a importância da sua avaliação pelo EEER. Céspedes & Ustárriz (2008) abordam as alterações da perceção como sendo uma diminuição da consciência de estímulos, como acontece na **inatenção** ou negligência. A heminatenção, é prevalente em cerca de metade das pessoas com AVC do hemisfério direito, sendo interferente no processo de reabilitação e um fator preditor de dependência funcional na pessoa pós lesão cerebral. Trata-se de um dos sintomas da lesão do córtex de associação parietal direito e caracteriza-se pela incapacidade

de detetar, explorar e dar resposta a estímulos presentes no hemiespaço ou hemicorpo contralateral. Pode ocorrer uma total indiferença a estímulos apresentados à esquerda, explorando apenas o que se encontra no hemiespaço direito, que foi detetado e analisado pelo hemisfério cerebral esquerdo (Ferro & Pimentel, 2013).

A inatenção pode ocorrer em diferentes modalidades sensoriais, como a visual, a auditiva e tátil, e pode ser classificada através da modalidade de processamento afetada: *input* ou *output*. A heminegligência por *output* inclui a heminegligência motora e pré-motora. Por sua vez, a heminegligência por *input* envolve a heminegligência sensorial, representacional, pessoal e visuo-espacial. A heminegligência por *input*, consiste na pessoa ignorar os estímulos auditivos, visuais, tácteis e olfativos contralaterais, assim como na capacidade de imaginar os mesmos estímulos que correspondem ao lado oposto à lesão cerebral. Associado a esta síndrome, está o fenómeno de **extinção** do estímulo quando este é apresentado simultaneamente com um estímulo ipsilesional. Neste caso, a pessoa extingue o estímulo contralateral à lesão. A extinção pode ocorrer nas várias modalidades sensoriais (extinção multimodal) ou apenas numa modalidade (Heilman, Watson & Valenstein, 2000).

As provas tradicionais de papel e lápis, tais como o teste do relógio, provas de bissecção de linhas, Figura Complexa de Rey, entre outras, apresentam a desvantagem de não avaliarem as implicações que a inatenção tem no desempenho das AVD. A avaliação comportamental da pessoa no decorrer de tarefas do AC, por exemplo, tem-se revelado mais pertinente para a elaboração do plano de reabilitação (Céspedes & Ustároz, 2008).

As **agnosias** são resultantes de lesões do córtex de associação parietal não dominante, em áreas de modalidade específica. Não são uma perda de sensibilidade primária, como o tato, visão ou audição, mas uma incapacidade em interpretar sensações (Varanda & Rodrigues, 2016). Agnosia define-se pela incapacidade em identificar objetos familiares com um sentido, embora o uso de um sentido alternativo possa ajudar a pessoa a reconhecer o objeto, e é corrigido encorajando as pessoas a recorrer a mais do que um sentido para localizar e identificar objetos (Hoeman, 2008).

Pode destacar-se a agnosia visual (pode descrever a textura, forma e tamanho, mas não identifica o objeto, um exemplo é a prosopagnosia – não distingue faces), auditiva (percebe os sons mas não os identifica), astereognosia (incapacidade de reconhecer o objeto pela manipulação ou toque) e anosognosia (perda da consciência

plena dos seus défices e/ou ainda das implicações funcionais dos mesmos no desempenho das AVD, podendo apresentar diferentes graus de intensidade (Varanda & Rodrigues, 2016).

Nas alterações de **memória** importa salientar que o cérebro apenas armazena e acentua os traços de memória das informações que tiveram consequências importantes, prazer ou dor. A emoção representa um papel importante no processo de memorização e, mesmo no comprometimento da memória declarativa, a aprendizagem motora pode estar presente (Céspedes & Ustárrroz, 2008).

Na pessoa com LCA, o processo de aprendizagem é lento e requer mais repetição. A aprendizagem sem erro, através dum método de instrução que reduz os erros na fase de aquisição, tem demonstrado benefícios e pressupõe que o profissional seja sistemático nas suas instruções. Eliminar a oportunidade de cometer erros, quando se está a iniciar o processo de aprendizagem de uma tarefa, potencia a mesma (Solhlberg & Mateer, 2011).

A **apraxia** constitui uma alteração no planeamento e execução dos passos que integram o gesto, não relacionada com défice de força, sensibilidade ou coordenação (Yudofsky & Hales, 2006). Esta ocorre por lesão da área motora suplementar ou pré-motora e parietal, e engloba um sistema conceptual, que integra o conhecimento sobre a função dos objetos, e um sistema de produção, que armazena a informação espacial e temporal necessária para a execução dos gestos (Goldenberg, Daumüller & Hagmann, 2001).

A apraxia pode ser de vários tipos, e envolve dificuldade em realizar movimentos ao comando verbal e atos de mímica, mas pode executar os mesmos movimentos de modo adequado de forma automatizada, como por exemplo juntar e separar os dedos das mãos, saudação militar, pentear-se e imitar o uso do copo (ideomotora). Pode também apresentar-se sob a forma de dificuldade na utilização e no manuseio de utensílios e ferramentas, tais como pôr uma carta num envelope ou usar uma chave (ideacional), realizando erros, com hesitações, demoras, falhas na ordem, perseverança ou movimentos adicionais; ou uma marcha lenta, com passos pequenos, arrastados e hesitantes, às vezes com pausas (apraxia da marcha); ou uma incapacidade em realizar os movimentos voluntários da deglutição, movimentos voluntários da língua, movimentos faciais após ordem para lambe os lábios ou soprar, por exemplo, mas automaticamente realizam os mesmos (apraxia oro facial). A

incapacidade/ dificuldade em desenhar espontaneamente seguindo um molde (apraxia construtiva) e a incapacidade de orientar peças de vestuário em relação ao corpo, com disgnosia do esquema corporal (apraxia do vestir) são características da lesão parietal e/ou frontal direitas (Vaz, Fontes & Fukujima, 1999).

1.2. Reorganização Cerebral após LCA

O cérebro “é, por excelência, um sistema de comunicação: comunicação entre o mundo e ele próprio, comunicação dele com o mundo e comunicação dentro dele. Para isso, estabelecem-se as sinapses e por isso dispomos de recetores periféricos e de todas as estruturas capazes de produzir acções.” (Caldas, 1999, p. 32). O encéfalo humano possui dezenas de bilhões de neurónios e cada um deles pode comunicar diretamente com dezenas de milhares de outros neurónios. O funcionamento orquestrado dessas comunicações neuronais, as sinapses, é a base de processos complexos, como o movimento, a percepção sensorial, a aprendizagem, memória e emoções. Em grande parte, a flexibilidade comportamental deve-se à imensa variedade de sinapses que medeiam a comunicação intercelular de diversas maneiras (Kandratavicius, Monteiro, Romcy-Pereira, Arisi, Cairasco & Leite, 2007)

Segundo Takase (2005), **as pessoas recuperam de uma lesão neurológica por duas vias: a intrínseca**, que contempla a recuperação neurológica anatômica e fisiológica, pela recuperação do edema cerebral e da plasticidade neuronal, e **a adaptativa**, através da aprendizagem de novas formas de executar as funções.

O cérebro é capaz de reorganizar recursos de forma a que as funções que eram controladas pela região lesada passem a ser controladas por diferentes regiões. Esta capacidade, designada **neuro plasticidade**, oferece ao cérebro o recurso de usar uma região diferente da que seria usual para executar uma tarefa que com ela esteja relacionada (Blakemore & Frith, 2009). Teixeira (2008) explica que, após uma lesão, ocorrem modificações em diferentes regiões do SNC que podem ser decorrentes de fatores como: interrupção da aferência aos neurónios, modificações sinápticas atividade-dependentes, mudanças na excitabilidade das membranas, formação de novas conexões e libertação de conexões já existentes. Para minimizar os danos, são criados circuitos paralelos que podem ser ativados, estabelecendo uma via de *input* alternativa, através de processos de neuro plasticidade.

Segundo Pascual-Leone, Amedi, Fregni & Merabet (2005), a neuro plasticidade é uma propriedade intrínseca do SNC durante todo o ciclo vital. Este último modifica-se continuamente, sendo a plasticidade uma consequência obrigatória de cada *input* sensorial e de cada atividade motora. O comportamento é a manifestação motora das atividades coordenadas do SNC como um todo e, desde que uma via eferente esteja preservada, as mudanças nas atividades ao longo de uma rede neural provocadas por lesão podem estabelecer novos padrões de ativação e sustentar a função.

Além da neuro plasticidade, é de especial atenção a **neurogênese** que, hoje sabe-se, se encontra completa aos cinco meses de desenvolvimento, com a exceção de células localizadas no hipocampo que continuam a formar neurónios ao longo da vida (Kolb & Gibb, 2011). Relativamente à neurogênese, sabe-se que as células que revestem a zona subventricular são células tronco, que permanecem ativas ao longo da vida e que são capazes de produzir células tanto neuronais como gliais. Estas podem migrar para a matéria cinzenta e branca, mesmo na idade adulta, e manter-se inativas durante longos períodos, mas serem ativadas para produzirem neurónios e/ou glia. Ainda são necessários estudos, mas também se acredita que o bulbo olfativo têm capacidade de neurogênese. Como tal acontece ainda não é claro, sabe-se apenas que estas células são uma das bases da neurogênese, especialmente após lesão cerebral (Bear, Connors, & Paradiso, 2008).

Borella & Sacchelli (2009) afirmam que a aquisição de determinadas habilidades sensoriais e/ou motoras podem induzir o remapeamento destas ao nível do córtex somatomotor. Atualmente, sabe-se que a estrutura do sistema nervoso é influenciada por padrões de atividade/experiência, pelo que o treino motor promove a neurogênese, a sinaptogênese e a modulação pré e pós sináptica, contribuindo para resultados positivos na recuperação e melhoria da funcionalidade.

Por seu lado, Quintard (2015) defende que a **estimulação sensoriomotora** tem um impacto direto na regeneração da zona circundante à LCA. O exercício, quando associado a um **ambiente enriquecido**, potencia a neurogênese, a plasticidade sináptica e a densidade espinhal. Este último tem demonstrado efeitos no aumento da complexidade dendrítica em novos neurónios, promove a arborização dos neurónios corticais, aumenta a sinaptogênese no hipocampo e no córtex e a angiogênese, que beneficiam a capacidade de aprendizagem, processos de memória e atenção, pelo que o seu treino nesta fase poderá trazer benefícios na reabilitação.

Portanto, torna-se plausível afirmar que a prática de tarefas ou habilidades específicas, sejam estas novas ou já conhecidas, deve ser um foco de atenção no programa de reabilitação de pessoas com LCA. A neuro plasticidade poderá conduzir à recuperação funcional, mas tudo indica ser dependente da aprendizagem e/ou da atividade, não atingindo resultados estritamente *per si* (Borella & Sacchelli, 2009). Existem diversas teorias sobre como os processos de neuro plasticidade permitem a reorganização neuronal funcional após lesão, estando descritas em tabela no apêndice II, em associação a possíveis intervenções do EEER que promovam benefícios neste âmbito.

Embora a maioria das pessoas experiencie um ambiente com elevado grau de complexidade e mutação, o seu nível de estimulação físico, cognitivo e social varia largamente ao longo do percurso de vida. Existe uma correlação entre o estilo de vida, incluindo a sua ocupação, atividades de lazer e padrões de atividade física, com o risco de declínio cognitivo (Baroncelli, Braschi, Spolidoro, Sale & Maffei, 2010). Esta correlação está associada aos conceitos de reserva cerebral e cognitiva, que constituem uma proteção ao aparecimento/severidade de sequelas cognitivas pós lesão cerebral (Lojo-Seoane, Facal & Juncos-Rabadán, 2017), pelo que foram conceitos aprofundados em apêndice III.

1.3. A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

Após uma LCA, o processo de recuperação ocorre através de uma combinação de processos espontâneos e dependentes de aprendizagem, incluindo: **restituição** da funcionalidade do tecido neuronal lesado, **substituição**, através da reorganização neuronal que ocorre na reaprendizagem de funções perdidas, e **compensação**, através da diminuição da disparidade entre as exigências do ambiente e as competências lesadas na pessoa. Em reabilitação, defende-se um processo cíclico: **avaliação**, para identificação e quantificação das necessidades; **estabelecimento de objetivos** realistas e passíveis de serem trabalhados, **intervenção**, para ajudar no alcance desses objetivos, e **reavaliação**, para analisar o progresso realizado na direção dos objetivos propostos (Langhorne, Bernhardt & Kwakkel, 2011).

Neste sentido, afirma-se ser crucial “*avaliar para reabilitar*”, ou seja, realizar uma avaliação dos défices cognitivos da pessoa e só então é possível perceber o seu impacto no processo de reabilitação e adequar os objetivos do processo de

reabilitação (Varanda & Rodrigues, 2016). O foco da intervenção deve ser a promoção dos processos de neuro plasticidade, característicos da fase inicial após LCA, sendo que fatores como a aprendizagem, memória, frequência e continuidade da reabilitação, o ambiente e a comunicação terapêutica, são determinantes para a sua eficiência (Takase, 2005).

Hoeman (2008) refere que a cognição é considerada determinante do potencial de reabilitação da pessoa com lesão neurológica, incluindo a memória e habilidade de aprendizagem, a capacidade para reaprender o autocuidado, retomar um estilo de vida adequado à sua condição de saúde e manter a sua independência. Assim sendo, o EEER tem um papel primordial na determinação do estado cognitivo de base, na articulação com a equipa multidisciplinar na formulação de planos de cuidados para minimizar os défices, na monitorização de mudanças na cognição, no levar a cabo o plano de tratamento e na avaliação de resultados. O ponto de partida deve ser a família e/ou pessoas significativas à pessoa lesada, que são quem melhor consegue descrever as capacidades cognitivas prévias à lesão (Hoeman, 2008).

As pessoas e famílias têm respostas diferentes a intervenções diferentes, em períodos distintos após a lesão, e tal deve-se, entre outros fatores, ao estado funcional pré-mórbido, à personalidade da pessoa, ao suporte social disponível e às exigências do meio ambiente (Sohlberg & Mateer, 2011). A formação da pessoa e família gera conhecimento e diminuição do *burden* e depressão, enquadrando-se, por excelência, na readaptação funcional. Segundo Clark-Wilson, Giles & Baxter (2014), a pessoa deve estar ciente das suas limitações funcionais e reconhecer a validade das estratégias adotadas, que devem incidir em áreas importantes e prioritárias para a mesma e sua família. Deve ser desenvolvida uma parceria terapêutica com a díade, focada na sua perspetiva, valores e metas a atingir, aliada à capacitação das partes envolvidas.

O uso de escalas para quantificar o estado da pessoa uniformiza a comunicação entre os profissionais e possibilita comparações e padrões evolutivos ao longo do programa de reabilitação (Varanda & Rodrigues, 2016). Por outro lado, a avaliação cognitiva formal usa testes psicométricos padronizados que proporcionam instruções explícitas e uma estrutura rígida que direciona o comportamento da pessoa. Esta estrutura pode proporcionar sinais suficientes para permitir um bom desempenho, mascarando, por exemplo, uma alteração das funções executivas. Além

disso, a avaliação do comportamento da pessoa no ambiente natural, com estratégias que exigem habilidades complexas, é provavelmente uma abordagem de avaliação mais reveladora e abrangente (Sohlberg & Mateer, 2011).

Quando se equaciona a reabilitação da pessoa com déficit cognitivo, as mudanças funcionais que a LCA acarreta devem constituir o foco primordial da atenção durante todo o processo (Sohlberg & Mateer, 2011). A abordagem funcional é comum aos problemas sensoriais e perceptuais, em que a prática sistemática de tarefas funcionais resulta na sua reaprendizagem e consequente independência. São incorporados métodos de restituição, substituição e/ou compensação e adaptação no ensino funcional, tais como o uso de calçador para meias elásticas e de engrossador de cabo para talheres. Denote-se que, à medida em que a pessoa com déficit cognitivo está a reaprender as competências e capacidades funcionais, o ambiente deve ser o mais seguro possível. Na pessoa com negligência e hemianópsia homónima, os objetos que se prevê indispensáveis ao conforto devem estar do lado menos afetado, em simultâneo à aprendizagem de técnicas de exame sistemático do espaço, podendo ser usadas fitas coloridas para atrair a atenção sobre os objetos (Hoeman, 2008).

A maioria das pessoas que sofre um AVC, sobrevive, pelo que o grande impacto na saúde da pessoa e família são as sequelas a longo prazo, estimando-se que o *burden* relacionado com o AVC aumente ao longo das próximas duas décadas (Langhorne, Bernhardt & Kwakkel, 2011). Com vista a otimizar a funcionalidade, defende-se uma abordagem orientada para a resolução de problemas de performance das AVD (McEwen, Donald, Dawson, Egan, Hunt, Quant, Runions & Linkewich, 2015).

Também relativamente ao TCE, estudos defendem uma visão holística da reabilitação, traduzindo-se numa **abordagem neuro funcional** que incorpora programas multidisciplinares eficazes na promoção da autoconsciência, autoeficácia na gestão de sintomas, perceção de qualidade de vida e integração na comunidade (Clark-Wilson, Giles & Baxter, 2014). A reabilitação cognitiva produz ganhos quando existe déficit de atenção, de memória, *neglet* espacial e outros distúrbios da perceção, aumentando o estado de alerta e a atenção seletiva, e minorando a heminegligência através do treino de rastreio visual, estratégias compensatórias, entre outras (Langhorne, Bernhardt & Kwakkel, 2011).

Aqui enquadra-se a **transferência de treino**, que se baseia na conceção de que a aprendizagem de uma competência para um objetivo será utilizada para outros propósitos, como é exemplo a prática de procurar peças para completar um puzzle poder ser útil para lembrar a pessoa para examinar cuidadosamente a mesa durante as refeições (Hoeman, 2008). Ainda assim, segundo Clark-Wilson, Giles & Baxter (2014), o treino repetido destas competências torna-as de mais fácil implementação ao longo do tempo mas podem não se tornar rotineiras, na medida em que continuam a requerer controlo cognitivo ativo. A abordagem neuro funcional é a que menos exige a transferência de treino, pois foca-se na aprendizagem através da ação, no contexto específico da pessoa ou na sua melhor simulação possível, minimizando o insucesso.

Competências e teorias de controlo motor são cruciais na intervenção, mas a reabilitação das funções cognitivas é uma mais valia quando associada. São estabelecidos princípios da reabilitação: **estabelecimento de objetivos**, por parte da pessoa e família, para que haja maior envolvimento e motivação; **intervenção intensiva e de início precoce**, por uma equipa multidisciplinar, e **treino orientado para a tarefa ou contexto específico** (Langhorne, Bernhardt & Kwakkel, 2011).

Defende-se que as intervenções sejam centradas nos objetivos propostos pela pessoa, nas atividades que esta atribui maior significado e importância, que se traduz em ganhos a nível da funcionalidade, participação, performance da atividade e autoeficácia. Os pontos chave da intervenção passam pelo estabelecimento de objetivos pela pessoa lesada e/ou família, uma análise dinâmica da performance, uso de estratégias cognitivas e descoberta orientada. A pessoa define um objetivo, é orientada na descoberta do plano de ação para atingir aquilo a que se propôs, executa o plano e, por fim, avalia-o e se foi atingido o objetivo. O EEER ajuda a pessoa a analisar a tarefa a ser desempenhada e descobrir estratégias individuais para dar resposta a problemas particulares em determinada atividade (McEwen et al, 2015).

Segundo Bertens, Fasotti, Boelen & Kessels (2016), a alteração das funções executivas, comum na pessoa com LCA, influencia a formulação de objetivos e o planeamento e iniciação de comportamentos. Através do **treino de gestão de objetivos**, que consiste em estratégias cognitivas de manutenção de um objetivo (por exemplo, realizar uma AVD complexa) e das suas respetivas etapas, na memória de trabalho. A pessoa é incentivada a monitorizar a sua ação ao nível das várias tarefas e a avaliar cada uma sucessivamente, desenvolvendo maior controlo cognitivo sobre

as mesmas. Esta estratégia, associada ao treino motor consequente, traduzem-se em ganhos funcionais significativos.

Concretamente, num estudo sobre o AC vestir, concluiu-se que 54% das pessoas mantêm-se dependente neste AC após 6 meses do AVC, e 36% após 2 anos. Vestir-se é uma tarefa complexa que requer habilidades físicas e cognitivas. As pessoas com défice cognitivo persistente demonstram maior dependência, e a natureza do défice cognitivo determina o padrão de problemas persistentes no vestir (Walker, Sunderland, Fletcher-Smith, Drummond, Logan, Edmans, Garvey, Dineen, Ince, Horne, Fisher & Taylor, 2011).

Como tal, foi estudada uma abordagem direcionada para a intervenção no vestir, que se demonstrou mais eficaz em pessoas com lesão no hemisfério cerebral direito, do que em pessoas com lesão bilateral e apraxia. Nesta abordagem, as alterações mais observadas foram o défice de atenção, confusão espacial e erros na sequenciação da ação. As intervenções mais comuns foram: dar pistas e alertas para minorar a inatenção ou o défice de atenção, colocar a roupa esticada sobre uma superfície plana para minorar as alterações espaciais e estratégias de aprendizagem sem erro para promover habilidades no vestir. Ambas as abordagens demonstraram ganhos na capacidade para se vestir: 31% na abordagem neuropsicológica e 22% na abordagem funcional. O grupo alvo de uma abordagem neuropsicológica demonstrou maiores ganhos em pessoas com lesão do hemisfério direito, com redução da inatenção visual, enquanto que, em pessoas com lesão cerebral bilateral ou do hemisfério esquerdo não demonstraram diferenças significativas nos resultados relativos às diferentes abordagens (Walker et al, 2011).

Em suma, defende-se uma prática baseada na evidência, com uma abordagem que combine o treino cognitivo com o treino funcional. Não existem estratégias únicas, mas sim uma combinação destas que é individualizada para a pessoa e família alvo dos cuidados (Clark-Wilson, Giles & Baxter, 2014).

1.3.1. Dispositivos Externos (DE) como recurso do EEER

A fase de planeamento da intervenção torna-se, nesta população, crucial para o sucesso de todo o processo. Individualizar o ambiente, torná-lo funcional para a pessoa que cuidamos, atendendo às suas necessidades específicas, passa pela disponibilização de recursos que facilitem a adaptação. Quando não é proporcionado

um ambiente facilitador da independência funcional, corremos o risco de potenciar obstáculos físicos, psíquicos e emocionais que se traduzem em dependência, perda de autoconfiança e encargos socioeconómicos agravados (Kiser & Zasler, 2009). É necessário conhecer a pessoa, os seus défices e pontos fortes remanescentes, as exigências motoras, sensoriais, cognitivas e comportamentais da tarefa, e o contexto onde a tarefa é realizada. Por fim, é ideal uma análise do desempenho da tarefa por parte da pessoa (Clark-Wilson, Giles & Baxter, 2007).

Os **DE** são dispositivos eletrónicos, agendas, placas informativas, sinalética, entre outros, que constituem medidas de adaptação do ambiente que minimizam a exigência cognitiva do contexto ou atividade. São uma ajuda na restituição e/ou compensação do défice cognitivo da pessoa com LCA, prevenindo a sobrecarga sobre a memória ou funções executivas, permitindo à pessoa organizar uma atividade de forma bem-sucedida. Estudos comprovam que estes são o método de compensação mais favorável para pessoas com alterações cognitivas. Pessoas com LCA recorrem mais facilmente a listas escritas, calendários, sinalética e painéis de parede, do que a estratégias cognitivas internas (Sohlberg & Mateer, 2011).

Contudo, os DE acarretam desafios associados ao ensino das pessoas com LCA sobre a sua utilização, tais como problemas cognitivos associados a alterações de linguagem, perda dos dispositivos e dificuldade em recordar-se de consultar os mesmos. Ainda assim, estes desafios são maioritariamente técnicos e podem ser contornados através do treino sistemático e eficaz. O ensino à pessoa sobre os DE não pode ser encarado somente como um método de compensação dos défices de memória e organização, mas também como um treino cognitivo, pois requerem aprendizagem e dependem da ativação repetitiva dos processos cognitivos associados (Sohlberg & Mateer, 2011). O sistema de aprendizagem não declarativo permite-nos aprender procedimentos e certas tarefas percepto motoras sem a consciência disso. Estando este sistema preservado nas pessoas com LCA, e no caso de distúrbios da memória, pode ser um aliado no ensino de novos procedimentos, tais como usar DE (Céspedes & Ustároz, 2008).

Os DE permitem trabalhar a atenção, a memória e as funções executivas através do treino funcional de AVD. Quando o objetivo é lembrar-se de agir com determinada intenção, deve ser-se capaz de planear (funções executivas), manter a informação “na cloud” de armazenamento que pode ser periodicamente verificada, com vista a

saber quando desempenhar a ação (memória de trabalho), recordar a tarefa (memória declarativa) e iniciar a tarefa (funções executivas). Este circuito é lesado após LCA, pelo que ajudar a pessoa a utilizar DE permite que sejam restituídos e/ou compensados défices nestas funções cognitivas (Sohlberg & Mateer, 2011), promovendo a readaptação funcional.

Tabela 1. Princípios para a instrução de DE

Escrever uma análise da tarefa, na qual a rotina é fracionada em etapas simples, logicamente sequenciadas;
Desenvolver e implementar uma lista de verificação que torne explícita cada etapa da rotina, de forma a que a pessoa possa avaliar quando a tarefa é completada;
Proporcionar uma prática suficiente para cada etapa, promovendo a aprendizagem sem erro;
Assegurar o reforço positivo e a motivação da pessoa para realizar a tarefa

1.3.2. Ambiente Enriquecido e Regulação Sensorial

O **ambiente enriquecido** tem demonstrado efeitos benéficos na recuperação cognitiva após LCA, maximizando os efeitos da reabilitação. Este abrange três componentes: uma zona de estar ampliada, promotora de atividade física e cognitiva e exploração do espaço, a estimulação sensorial, e a estimulação social, através da terapia em grupo (Gram, Gade, Wogensen, Mogensen & Malá, 2015).

A exposição a um ambiente enriquecido melhora a função motora, facilita a aprendizagem espacial e otimiza a retenção de memórias (Cheng, 2012; Thomas & Baker, 2013). Segundo Cheng (2012), os benefícios da exposição a um ambiente enriquecido são claros, tanto numa fase inicial após a lesão como em resultados duradouros a nível motor e cognitivo. Como tal, o EEER deve atender a aspetos ambientais que possam ser modificados e enriquecidos e potenciar a eficácia da sua intervenção. Alguns exemplos práticos foram descritos na tabela abaixo:

Tabela 2. Intervenção do EEER no enriquecimento do ambiente

Componentes de um ambiente enriquecido		Intervenção do EEER
Gestão do ambiente	Contexto promotor da atividade e exploração do espaço	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promover atividade física e assegurar adequada posição corporal face ao espaço: levantar (a posição de sentado permite a exploração visual do espaço e intervenientes); ➤ Promover diferentes espaços a atividades particulares; ➤ Recorrer a sinalética e placas informativas (DE) que estimule e facilite a exploração do espaço e funcionalidade;

Estimulação sensorial	Associação de diferentes modalidades sensoriais e somestésica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Organizar disposição de objetos, por utilidade, contexto de utilização, pertinência e rotular gavetas, armários, ...; ➤ Promover o uso de produtos de higiene e roupa próprios para associação olfativa, tátil e visual ao movimento/tarefa; ➤ Adequar disposição da mesa de cabeceira/objetos pessoais: dispô-los preferencialmente do lado mais afetado, treinar a sua identificação e manipulação; ➤ Promover uma a superfície de trabalho fora da zona de repouso e individualizar a mesma: uso de fitas de cor, setas que direcionem o olhar para o lado negligenciado, calendário, relógio, material de leitura, fotografias, ...;
Estimulação Social	Promoção de terapia em grupo e interação social	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promover momentos de interação com pessoas significativas e incentivar a disponibilização de vídeos ilustrativos de momentos anteriores de interação social; ➤ Realizar sessões de terapia em grupo: construção/reprodução de uma história, descrição de imagens complexas, jogos de cálculo; ➤ Realizar atividades que simulem atividade profissional: manusear teclado, rato, têxteis, instrumentos musicais, papel e lápis/pincel, ferramentas, e disponibilizar ajudas técnicas (tábua multiusos, engrossador de cabo, pinça cabo longo, bolsa palmar);

A **estimulação sensorial** é considerada uma estratégia de recuperação das funções cognitivas pela promoção da organização cerebral, ativando o SARA através da informação sensorial recebida pelos seis sentidos: auditivo, visual, olfativo, tátil, gustativo e cinestésico (Kaewsriwong et al, 2015).

Os sentidos estabelecem a ponte dinâmica entre a experiência percebida pela pessoa e o mundo que a rodeia, sendo crucial para funções cognitivas como a aprendizagem, atenção e memória. Os sensores recolhem a informação do mundo exterior, que é transportada por uma via cruzada e ipsilateral até ao segundo neurónio e daí para o córtex sensorial. A área que recebe a informação constitui a área primária que se articula com as áreas de associação onde é dado um sentido às sensações elementares, permitindo o armazenamento na memória. Os sentidos constituem aglomerações de sensores que são adaptados às características dos estímulos. Uns são sensíveis a fatores químicos, como o olfato e o paladar, outros são recetores da luz e do som e, por último, os que são responsáveis pela sensibilidade corporal térmica, tátil, dolorosa, propriocetiva e vibratória (Caldas, 2008).

Atualmente, defende-se a estimulação multissensorial e a sua regulação logo que a pessoa lesada se encontre clinicamente estável. À medida que os impulsos nervosos são gerados no córtex, iniciam-se respostas neuronais que irão reorganizar e regenerar os axónios lesados, promovendo a ramificação dendrítica. O processo é rápido, assim como a recuperação cortical, embora o tempo e intensidade da estimulação possam variar (Kaewsriwong et al, 2015).

O conceito de **regulação multissensorial** foi desenvolvido com o intuito de estabelecer programas de estimulação com controlo da intensidade, frequência e forma de apresentação dos estímulos. A estimulação dos sensores deve ser organizada, lenta, progressiva, prevenindo uma estimulação excessiva e promovendo a constituição de engramas eficazes (Kaewsriwong et al, 2015).

Estudos em pessoas com TCE demonstram que a adequação da estimulação permite que esta seja iniciada ainda numa unidade de cuidados intensivos até à fase de internamento num centro de reabilitação, e que a duração das sessões pode ser de uma a duas semanas até 1 ano, com sessões diárias e, por vezes, mais do que uma por dia (Kaewsriwong et al, 2015).

Um estudo realizado por Diego, Puig & Navarro (2013), em pessoas com AVC, demonstrou que a estimulação sensorial associada à atividade motora e à técnica de **imagem motora**¹, nomeadamente na integração do membro superior mais afetado na realização das AVD, influencia positivamente a sensibilidade, motricidade, o planeamento dos movimentos e a criação de novos engramas.

O **treino com espelho** ou observação da ação constitui uma forma de terapia em que a pessoa imita o comportamento que observa. Na base desta atividade está o conhecimento de que existem neurónios espelho, que são ativados na imitação. Em humanos, associa-se uma maior atividade cerebral que pode ser consistente com a presença de neurónios espelho no córtex pré-motor e lobo parietal inferior. Pensa-se que estes sejam fundamentais para atividades de imitação, interação social e para a linguagem (Johansson, 2012).

O recurso à **música como terapia** na abordagem aos problemas de cognição tem demonstrado potenciar os processos de memória, pois a combinação de estímulos visuais e auditivos sugere a ativação do hipocampo e giro hipocampal. Por outro lado, estimula a atenção e perceção, intervindo na atividade dos neurónios espelho e integração multissensorial do comportamento. Jausovec, Jausovec, & Gerlic (2006) referem também que a música pode contribuir para a orientação espaço-temporal, pois usa as mesmas vias neuronais. A escolha da música deve ter em atenção se é agradável para a pessoa e significativa de alguma forma (Moore, 2013).

¹ A imagem motora consiste num treino mental em que a pessoa imagina o movimento de determinado segmento corporal.

Assim sendo, a estimulação dos sensores pode constituir um meio, por excelência, para a restituição de funções cognitivas e sensoriomotoras, através da regulação multissensorial e do enriquecimento do ambiente. Enquadra-se aqui uma **abordagem sensoriomotora**, em que os movimentos produzidos são controlados e são fornecidos estímulos sensoriais específicos para influenciar a organização e o processamento cerebral sensorial. São necessárias reações motoras adaptativas em resposta a estímulos sensoriais criteriosamente controlados, como é exemplo a colocação da pessoa numa mesa *stand frame* ou realizar apoio dos pés descalços numa superfície rugosa para estímulo propriocetivo (Hoeman, 2008). O EEER deve promover a reeducação e reorganização cerebral através da integração desta estimulação nos seus cuidados, atendendo às respostas da pessoa à estimulação para prevenir a sobrecarga (Kaewsriwong et al, 2015).

Tabela 3. Intervenção do EEER na regulação sensorial

Regulação Sensorial		
Sentidos	Intervenção do EEER	Funções trabalhadas
Visual, Tátil, Somestésico	Realizar treino com espelho ou observação da ação: uso de espelho quadriculado para treino postural, mobilização de membro plégico/parético, treino de alimentação com espelho;	Percepção, Linguagem, Interação social
Auditivo, Tátil, Visual, Somestésico	Realizar treino motor + Imagem motora + estimulação sensorial: descrever atividade enquanto a realiza, treino motor acompanhado de imagem motora	Percepção, Coordenação motora
Auditivo, Visual	Realizar terapia com música (música significativa, na língua nativa) e incentivar a expressão verbal (cantar) e não verbal;	Orientação espaço temporal, Percepção, Atenção, Memória, Linguagem
Visual, Auditivo, Somestésico	Realizar sessões de jogos de realidade virtual (p. exemplo Wii): com plataforma, para treino direcionado ao equilíbrio e postura corporal; com comando, para treino de coordenação de movimentos; Jogos de memória, cálculo, atenção, ...;	Atenção, Memória, Processos Executivos, Velocidade de Processamento, Aprendizagem, Percepção (inatenção/extinção), Interação Social

1.3.3. Readaptação Funcional

É imperial que o EEER desenvolva uma abordagem biopsicossocial dos problemas cognitivos, envolvendo situações e problemas do quotidiano, como é o exemplo do AC. As intervenções devem ser realizadas numa base individual e devem ter como objetivo melhorar a capacidade funcional em contextos diários (Sohlberg & Mateer, 2011). Um dos contextos mais exigente, onde decorrem problemas que recrutam múltiplas funções cognitivas é, por exemplo, a casa de banho. Através do

comportamento do profissional que acompanha a pessoa e/ou do uso de DE, a casa de banho pode tornar-se num ambiente facilitador do processo de reabilitação, proporcionando pistas cognitivas extraordinárias e minimizando esforço cognitivo, promovendo a independência no AC.

Pessoas com LCA relatam frequentemente problemas de concentração, incapacidade de filtrar estímulos externos irrelevantes, esquecimento e habilidade para realizar mais do que uma atividade ao mesmo tempo, o que é consistente com as alterações mais comumente observadas: aumento do tempo de reação e diminuição da velocidade de processamento de informação. Estes sintomas estão relacionados com os componentes da **atenção**: a manutenção da atenção, a seletividade (seleção da informação-alvo), a capacidade de processamento de informação e a mudança de atenção (Sohlberg & Mateer, 2011).

Uma das abordagens usadas para gerir problemas de atenção é o uso de estratégias e suporte ambientais, que inclui o autocontrolo dos recursos e modificações no ambiente passíveis de ajudar a pessoa a compensar os problemas de atenção. Outra abordagem é o recurso a DE para ajudar a pessoa a seguir e organizar uma informação (Céspedes & Ustárrroz, 2008).

Tabela 4. Intervenção do EEER na pessoa com alterações da atenção

Alterações da Atenção	
Intervenção do EEER	
Estratégias de gestão e suporte do ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir o ambiente face ao(s) défice(s) de atenção avaliados: organizar e rotular armários ajuda a reduzir a desordem e eliminar distrações visuais, sinalética sobre o uso de torneiras, temperatura da água, interruptores, entre outros; eliminar material desnecessário, manter o material no local em que este deve ser utilizado, entre outros aspetos; • Estimular a atenção através da alternância da atividade/abordagem à pessoa, prevenindo a distração e o desinteresse; • Controlar o tempo que a pessoa demora a realizar a tarefa, pois pode ser um indicador do aumento ou não da atenção mantida;
Dispositivos Externos	<ul style="list-style-type: none"> • Providenciar um sinal “<i>não perturbe</i>” permite dar à pessoa tempo para concluir uma atividade sem interrupções; • Estruturar a ação com a pessoa, focalizando a sua atenção na atividade a realizar e etapas definidas da mesma; • Providenciar o reforço da atividade a realizar, através do estímulo verbal e visual para focar a atenção na tarefa (atenção mantida); • Restringir a informação transmitida e simplificar a ação, graduando a dificuldade da tarefa a realizar e progredindo na sua complexidade;

Estudos sobre pessoas com LCA sugerem vários padrões de alterações de **memória**. A intervenção para controlo da memória pode ser grosseiramente dividida em três categorias: métodos restaurativos e generalizados para aumentar habilidades de memória através de uma variedade de tarefas e contextos, métodos específicos de determinada área ou que ajudam a ensinar uma função ou conjunto restrito de informação e, por último, o recurso a DE de memória. Estes dispositivos podem ser direcionados para uma área restrita, ajudando a pessoa a controlar um défice de memória e completar tarefas específicas, ou tentar ajudar numa ampla variedade de défices de memória, como por exemplo um dispositivo eletrónico que atue como uma memória multifuncional que auxilia no planeamento das ações, compensando os défices de memória episódica e prospetiva (Sohlberg & Mateer, 2011).

Tabela 5. Intervenção do EEER na pessoa com alterações de memória

Alterações de Memória	
Abordagem	Intervenção do EEER
Compensatória ou facilitadora do processamento da informação	<ul style="list-style-type: none"> • Simplificar a informação: ser claro e conciso; • Reduzir a quantidade de informação a ser lembrada; • Confirmar o entendimento da pessoa alvo; • Auxiliar a pessoa a fazer associações entre a nova informação e a pré-existente; • Organizar um regime prático com uma distribuição simples: poucos minutos, várias vezes por dia; • Auxiliar na organização da informação a ser lembrada; • Treinar a pessoa a usar técnicas de comunicação que encorajem o processamento significativos: paráfrase, repetição, fazer perguntas;
Restaurativa e generalizada	<ul style="list-style-type: none"> • Providenciar exercícios de prática de memória; • Treinar estratégias de mnemónica; • Treinar a memória prospetiva: aumentar progressivamente o espaçamento entre o planeamento e a execução de uma atividade funcional com diferentes etapas; • Treinar a metamemória: exercício de previsão da performance e comparação no final da atividade;
Recurso a DE de memória	<ul style="list-style-type: none"> • Treino do uso de DE eletrónico: caixa de medicação com alarme, agendas, calendários interativos, ...;

Os mesmos autores defendem o estabelecimento de um conjunto de rotinas com horários específicos para realizar atividades durante o dia e usar ajudas externas, tais como agendas, placas de informação e orientação, planificações diárias e alarmes, como exemplos de adaptações funcionais utilizadas para compensar os défices de memória, ajudando a pessoa a realizar adequadamente as AVD.

O desenvolvimento de habilidades para desempenhar atividades complexas e adaptativas está diretamente relacionado com o acesso às **funções executivas**. Intervenções que reduzam a disfunção executiva podem promover a funcionalidade e o seu treino não pode ser dissociado do da atenção e memória, e principalmente **memória de trabalho**. As intervenções neste âmbito podem ser divididas em três categorias, segundo Chung, Pollock, Campbell, Durward & Hagen (2013):

Tabela 6. Intervenção do EEER na pessoa com alteração das funções executivas

Alterações das Funções Executivas	
Objetivo	Intervenção do EEER
Trabalhar componentes das funções executivas, promovendo a atenção, a performance e a repetição da mesma	<ul style="list-style-type: none"> • Treinar habilidades de planeamento e organização, começando por atividades com menos etapas, progredindo para atividades mais complexas; • Desenvolver estratégias para resolução de problemas: treino de estabelecimento de objetivos, progredindo com a prática até um estadio de automatismo; • Promover a autoconsciência da performance e regulação do comportamento, pré e pós atividade; • Promover a iniciação de comportamentos: estabelecimento de objetivos/atividades; • Promover atividades que incentivem uma resposta consciente, inibindo respostas por automatismo e o erro perseverativo;
Compensar e minimizar a fragmentação e desorganização dos processos executivos	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o uso de estratégias escritas e tecnologia: usar o alarme do telemóvel para terminar uma tarefa e iniciar outra; • Promover o uso de estratégias de autoinstrução: falar consigo mesmo durante a realização das etapas de uma atividade; • Promover métodos de feedback: p. ex. espelho ou vídeo; • Promover procedimentos de resolução de problemas sistemáticos: treino de autopistas sobre as etapas da tarefa, incluindo parar, pensar sobre as etapas a realizar, realizá-las uma de cada vez e rever o seu desempenho;
Otimizar métodos adaptativos promotores de independência nas AVD, através da simplificação e adaptação ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver técnicas e equipamento que compense o défice sensoriomotor; • Promover o recurso a listas e diários escritos para compensar o défice no planeamento e organização das atividades; • Executar a atividade focada no objetivo da mesma, ou seja, o objetivo principal é completar uma AVD complexa e os objetivos secundários e etapas da tarefa intervêm/são trabalhados na memória de trabalho; • Incentivar a pessoa a monitorizar a sua ação, com momentos de “<i>check list</i>” das etapas já realizadas, em que é promovido o controlo cognitivo e a memória de trabalho, aliviando a fadiga e limitando a energia positiva requerida na fase de planeamento, sequência e execução dos procedimentos com múltiplas etapas; • Minimizar a margem de erro no processo de aprendizagem, através da restrição do material disposto, pistas verbais, visuais, entre outras;

Numa fase avançada do processo de reabilitação, preconiza-se a **orientação cognitiva da performance**, através duma estratégia cognitiva global (objetivo-

planeamento-execução-confirmação), e a **descoberta guiada**, incentivando a pessoa a analisar a tarefa, desenvolvendo estratégias individuais (McEwen et al, 2015).

Em pessoas com inatenção ou extinção, importa utilizar estratégias como o recurso ao espelho e o *visual scanning training*, que passa por incentivar a pessoa a analisar o espaço que a rodeia, em busca de pistas que a ajude a completar a tarefa a realizar (Gillen et al, 2015). Nestes casos, todos os manípulos, portas, interruptores ou barras do lado negligenciado devem ser assinalados com fita de cor forte/fluorescente, e os objetos necessários ao AC podem estar do lado mais lesado, promovendo a exploração por parte da pessoa. Quando o objetivo é compensar a inatenção, promovendo a independência e a segurança da pessoa, os objetos devem ser dispostos preferencialmente do lado menos lesado (Kises & Kasler, 2009).

Em situações de alteração da perceção visual (como a profundidade, discriminação visual, focagem, contraste de objetos e concordância visual) estas devem ser minimizadas através de placas grandes, com letras com uma cor que contraste muito com o fundo, diferenças de profundidade devem ser assinaladas através de sinais de declive e/ou alternância de textura/cor, como sinal de que a inclinação está a mudar e o limiar de determinados objetos pode ser facilmente assinalado com tiras coloridas (Kiser & Zasler, 2009).

No caso de pessoas com apraxia, o AC pode também ser trabalhado. As atividades mais complexas podem ser restauradas através do treino direto. Contudo, os ganhos são restritos às atividades treinadas e, por vezes, até mesmo aos objetos manipulados, não ocorrendo generalização significativa. A abordagem direta à tarefa passa por pedir à pessoa que complete uma tarefa com um número mínimo de erros. É fornecido suporte durante as etapas mais críticas da atividade, tais como pegar na mão da pessoa e conduzi-la ao longo de um movimento mais complexo. Posteriormente, o EEER deve sentar-se ao lado e realizar a tarefa ao mesmo tempo que a pessoa lesada ou demonstrar a ação necessária e permitir à pessoa copiar (Goldenberg, Daumüller & Hagmann, 2001).

Concluindo, especialistas em reabilitação podem olhar globalmente para o nível de função da pessoa e tentar aumentar as habilidades em ambientes particulares ou tentar entender e aumentar a funcionalidade dos processos cognitivos, na esperança que isso leve à generalização dos ganhos em diferentes ambientes. A abordagem precoce parece afetar um comportamento objetivado, enquanto que a abordagem

tardia aparenta trazer resultados na generalização, se estiver ao alcance da pessoa. Em qualquer dos casos, será benéfico trabalhar estímulos ambientais para orientar o comportamento e facilitar o processo cognitivo subjacente (Sohlberg & Mateer, 2011).

1.3.4. Quadro de Referencial Teórico de Enfermagem

Com o intuito de sustentar e orientar a concepção dos cuidados como ER, elege-se a **Teoria de Enfermagem do Défice de AC** (TDAC), desenvolvida por Dorothea Orem, que integra três teorias que se inter-relacionam: a Teoria do AC, que descreve como e o porquê das pessoas cuidarem de si próprias; a Teoria do Défice de AC, que descreve porque razão as pessoas podem ser ajudadas através dos cuidados de enfermagem; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que explica as relações estabelecidas para que se conceba enfermagem (Orem, 2001).

O **AC**, sendo o conceito central da TDAC, é definido por Orem (2001) como uma função humana reguladora, uma ação deliberadamente realizada para regular o próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes. É aprendido e executado deliberada e continuamente de acordo com as necessidades das pessoas. Estas estão associadas ao estadio de crescimento e desenvolvimento, estado de saúde, características específicas de saúde, com a cultura e com fatores ambientais.

Outro conceito definido pela autora, a **capacidade de AC**, refere-se à aptidão de desempenho adquirida e utilizada pela pessoa para efetuar as ações do AC. A necessidade de AC constitui a soma de ações necessárias, em momentos específicos ou durante um período de tempo, de modo a satisfazer os **requisitos de AC**, definidos como fatores a serem controlados ou geridos para manter o funcionamento e desenvolvimento da pessoa. Estes são divididos em três categorias: requisitos universais do AC (são oito e constituem a integridade estrutural e funcional humana), requisitos do AC de desenvolvimento (promovem os processos de vida e maturação, regulando o desenvolvimento nas diferentes etapas do ciclo de vida), e requisitos de desvio de saúde do AC (divididos em seis categorias, são exigidos em condições de doença ou lesão) (Orem, 2001).

Quando a pessoa reconhece as suas necessidades, a sua incapacidade de ação, ou ambas, ativa-se a necessidade de AC, surgindo a pertinência da intervenção do enfermeiro. Assim, a necessidade de AC inicia-se ao determinar o comprometimento dos requisitos necessários para o cuidado, e varia na sua

composição, complexidade e estabilidade, e de acordo com os requisitos que lhe deram origem (Orem, 2001).

O **défice de AC** existe entre a capacidade de ação da pessoa e as suas necessidades. Desta forma, o défice refere-se a uma relação entre as ações que a pessoa deve desenvolver e aquelas que têm capacidade para desenvolver, no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 2001). Os défices de AC identificam-se como totais ou parciais; o primeiro implica a ausência de capacidade para satisfazer as necessidades, o segundo refere-se à incapacidade de satisfazer uma ou mais necessidades, estando associados às limitações da pessoa para realizar o cuidado, e à falta de continuidade e efetividade na provisão do mesmo (Orem, 2001).

Orem (2001) confere potencial, habilidades, conhecimento e experiência adquirida ao longo da vida a todas as pessoas para se cuidarem, denominando-as agentes de AC. Quando as pessoas, por razões várias (sendo exemplo a LCA), não detêm esta capacidade, necessita da intervenção de outrem, denominado **agente de AC terapêutico**. Este último trata-se de um adulto que aceita e cumpre a responsabilidade de conhecer e suprir as necessidades terapêuticas de AC do outro que se encontra dependente, ou aceita controlar o exercício de ação de AC.

A **teoria do défice de AC** surge, precisamente, para justificar a ação de enfermagem nestas condições, e a teoria dos sistemas de enfermagem estrutura a prática de enfermagem face ao défice existente (Orem, 2001). O último conceito central é o de intervenção de enfermagem, que refere a atenção de um enfermeiro como compensatória ou de ajuda a dar resposta às necessidades de AC da pessoa.

A mesma autora descreve, então, três classificações de **sistemas de enfermagem**, conceptualizados como sistemas de ajuda, que pautam o exercício de enfermagem na resposta às necessidades da pessoa: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio/educação. Impõe-se a questão colocada por Orem: Quem pode ou deve realizar as ações de AC que requerem movimento no espaço e manipulação controlada?

Se a resposta é o enfermeiro, então trata-se do **sistema totalmente compensatório**, como resposta as situações nas quais a pessoa não é capaz de se envolver no AC, tornando-se dependente de outros para garantir a sua sobrevivência e bem-estar. Aqui incluem-se pessoas incapazes de se envolverem numa ação deliberada; pessoas conscientes, com autonomia para observar, fazer julgamentos e

tomar decisões sobre o AC e outros aspetos do seu projeto de saúde, mas incapazes de desempenhar ações que impliquem funcionalidade motora para tal; e por último, pessoas incapazes de satisfazer as suas próprias necessidades e tomar decisões sobre o AC e outros aspetos da sua condição de saúde, mas mantém a função motora necessária para realizar algumas tarefas, sob supervisão e orientação sistemática, em que se enquadram pessoas com alterações cognitivas (Orem, 2001).

Se, por outro lado, a resposta à questão é: a pessoa pode desempenhar alguns, mas não todos os cuidados, então trata-se do **sistema parcialmente compensatório**, no qual o enfermeiro e a pessoa podem assumir o papel principal na prestação dos cuidados. A pessoa é capaz de desempenhar certos cuidados, necessitando de ajuda na satisfação dos restantes, desempenhados pelo enfermeiro. O cuidado é negociado e aceite pela pessoa, e o objetivo do enfermeiro deve ser compensar as limitações da pessoa. A distribuição das responsabilidades varia de acordo com as limitações resultantes da condição de saúde, o conhecimento científico e técnico, as habilidades necessárias, e ainda com a motivação da pessoa para aprender e/ou desempenhar ações do cuidado (Orem, 2001).

Por fim, se a resposta for: a pessoa pode e deve desempenhar todas as ações de AC, então trata-se do **sistema de apoio-educação**, que perspetiva a pessoa como detentora de capacidades para o AC, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução por parte do enfermeiro para o seu envolvimento e desenvolvimento eficaz como agente do AC (Orem, 2001).

A capacidade para realizar o AC é um indicador de resultado transversal aos programas de reabilitação implementados a pessoas com LCA, mesmo com diferentes níveis de severidade da lesão e de sequelas cognitivas, físicas, emocionais e comportamentais (Turner-Stokes, Pick, Nair, Disler & Wade, 2015).

Também ao nível das políticas de saúde, o AC tem um impacto crescente a nível socioeconómico, diminuindo o grau de dependência da população e de sobrecarga das famílias, o tempo e necessidade de institucionalização e, consequentemente, os gastos em saúde (Petronilho, 2013). Neste sentido, Doran (2011) perspetiva o AC como um resultado da prática de enfermagem, sendo de especial atenção para o EEER desenvolver intervenções relacionadas com o conhecimento necessário para iniciar um processo de gestão do mesmo, assim como

a instrução necessária para o desenvolvimento de competências que garantam a promoção e adoção de comportamentos de AC.

Para Orem (2001), a sua teoria não é explicativa de uma situação individual e específica da prática, mas sim uma combinação única de características conceptuais comuns a todas as situações de enfermagem. Enquanto teoria geral, pode ser apropriada pelos enfermeiros que se ocupam da prática clínica, do desenvolvimento e validação do conhecimento e do ensino e aprendizagem em enfermagem.

Tendo em conta o objetivo do presente trabalho, de maximizar a funcionalidade da pessoa com alterações cognitivas, abordar a cognição isoladamente não trará ganhos na satisfação e qualidade de vida *per si*, sendo necessário ter em conta o bem-estar psicológico, a funcionalidade na realização do AC e a integração sociofamiliar. A intervenção do EEER tem como foco integrar AVD no processo de reabilitação e, deste modo, está não só a verificar os progressos da reeducação cognitiva como também a promove-la. Além disso, permite utilizar indicadores como a independência funcional para mensurar ganhos em saúde e promover a motivação e qualidade de vida (Varanda & Rodrigues, 2016).

A aprendizagem, mediada pelo exercício cognitivo, é indispensável neste processo e o AC apresenta-se aqui como uma base teórica e um recurso para as intervenções educacionais, cognitivas e comportamentais necessárias. Implica o planeamento das atividades de aprendizagem que visam aumentar conhecimentos e habilidades da pessoa lesada face às necessidades de AC sentidas. Mediante as alterações cognitivas remanescentes, pode perspetivar-se o AC como o cuidado essencial ao bem-estar de si próprio, como a capacidade de gerir e solucionar preocupações da pessoa consigo mesma ou como a aptidão para tomar decisões relativamente ao seu projeto de vida (Petronilho, 2013).

O AC é, no desenvolvimento deste trabalho, o principal recurso para trabalhar a readaptação funcional da pessoa com alterações cognitivas. A teoria de Orem, principalmente a Teoria dos Sistemas, permite nortear a ação do EEER no sentido de atingir o sistema de apoio-educação (Orem, 2001), em que possibilitamos a pessoa lesada a ser o seu agente de AC. Ainda que através duma exigente gestão do ambiente, precisão na abordagem interpessoal e adaptação sociofamiliar, é possível atingir a funcionalidade.

2. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste capítulo será realizada uma análise crítica das atividades desenvolvidas nos locais de ensino clínico. Para tal, serão enunciados os objetivos do relatório e, de seguida, serão analisadas as atividades desenvolvidas para os alcançar, assim como as competências de EE e EEER, preconizadas pela OE, que foram trabalhadas.

O primeiro objetivo geral do relatório passa por: **desenvolver competências como EEER no cuidado à pessoa com alterações cognitivas por LCA**. Estipulei objetivos específicos que me ajudassem a concretizar o mesmo, sendo o primeiro: **compreender de que forma o EEER favorece o processo de readaptação funcional da pessoa com alteração cognitiva por LCA**. Para lhe dar resposta, optei por questionar as EEER orientadoras acerca das normas e protocolos instituídos nos serviços e, inicialmente, observar e conhecer o trabalho e a dinâmica em equipa.

Tomar consciência da tolerância à intervenção do doente em fase aguda foi um desafio. Compreender que devemos programar os cuidados de reabilitação gerindo eximamente as prioridades fez com que estipulasse objetivos mais realistas e intervenções no tempo estritamente necessário. Este tempo não deve ser definido apenas pelo EEER mas também pela pessoa, pela sua capacidade de aprender e executar a atividade, sem levar à sobrecarga e frustração. A pessoa envia sinais de que está a atingir o limiar das suas capacidades, através de expressões faciais, de dificuldade em manter a atenção focada, decréscimo no nível de função, entre outros. Winstein & Stein (2016) referem mesmo que o início da intervenção pode ocorrer nas primeiras 24 horas após o AVC, quando está salvaguardada a estabilidade clínica da pessoa e tendo em conta a intensidade da intervenção, pois pode comprometer os resultados da reabilitação aos 3 meses.

A articulação da equipa com outras instituições da comunidade, cujos serviços poderiam beneficiar a qualidade de vida das pessoas acompanhadas pela equipa, quer através do fornecimento de refeições, providência de serviços de limpeza do domicílio, de ajudas técnicas de que a equipa da ECCI não dispunha, entre outros, foi algo que me surpreendeu positivamente. No contexto da comunidade, muitas vezes o ambiente domiciliário pode não ser o ideal após uma alteração do estado de saúde de um membro da família. Como tal, e tendo o EEER os conhecimentos necessários e o privilégio de atuar *in loco*, torna-se possível dar sugestões e ajudar as famílias a

melhorar as suas condições (habitacionais, instrumentais, de recursos humanos, entre outras), na procura de ganhos em saúde e melhor qualidade de vida.

Neste sentido, pude participar no trabalho realizado em parceria com várias famílias. Num caso particular, a Sra. em questão havia sofrido um AVC e necessitava, no parecer da equipa, de mudar de quarto para ter uma maior área circundante à cama e, conseqüentemente, possibilitar o levante e transferências em segurança. Necessitava igualmente de uma cama articulada com colchão de pressão alternada, devido às sequelas sensoriomotoras, e ainda de uma cadeira de rodas que permitisse à Sra. deslocar-se pela casa em segurança. Face ao caso, a ECCL articulou com a Santa Casa da Misericórdia a disponibilização e montagem do material e, até ao término do ensino clínico, a Sra. em questão já realizada levante e transferência apenas com supervisão, sendo capaz de manobrar a cadeira de rodas e deslocar-se pelo domicílio. Considero que o EEER, pelo seu conhecimento e competência acrescidos, deve articular a sua intervenção com os recursos existentes na comunidade, para agilizar a sua mobilização, quando necessário.

Assim, posso assumir que a integração em ambas as equipas foi bem-sucedida, pois pude estabelecer diálogo com todos os membros da mesma, participar na discussão de questões importantes no processo de reabilitação, onde compreendi e participei no estabelecimento de pontes que potencialmente trarão ganhos em saúde, não só no presente, mas também na continuação dos mesmos a longo prazo.

Com o decorrer das atividades, pude desenvolver as seguintes **competências de EE** (OE, 2010a): A2.1 “Promove a proteção dos direitos humanos”, A2.2 “Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente”, B1.1 “Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade”, B1.2 “Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática”, B2.1. “Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes da estrutura, processo e resultado”, B3.1. “Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador segurança e proteção dos indivíduos”, B3.2. “gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais”, C1.1. “otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada da decisão” e C2.1. “Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados”.

Relativamente às **competências específicas do EEER** (OE, 2010b), penso ter desenvolvido as seguintes: J1.1 “avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades” e J2.2. “promove a mobilidade a acessibilidade e a participação social”.

Ao nível dos **padrões de qualidade dos cuidados do EEER** (OE, 2015b), verificou-se promoção da saúde, através do uso de estratégias que ajudam as pessoas a alcançar o seu potencial máximo, e a prevenção de complicações, trabalhando em conjunto com a pessoa/família e equipa interdisciplinar na referenciação de situações problemáticas identificadas e desenvolvimento de intervenções de ER mais eficazes.

Relativamente aos **DD** (Joint Quality Initiative, 2004), procurei aprofundar conhecimentos e capacidades de compreensão para além do que, até então, detinha, utilizando estratégias de autoaprendizagem que me permitissem assimilar conteúdo de forma efetiva. Tal permitiu-se pôr em prática esses conhecimentos e tomar decisões com base nos mesmos, encontrando uma forma eficaz de intervir junto de pessoas em transição entre estádios de dependência/independência.

Relativamente ao objetivo específico: **Planear intervenções específicas do EEER para promover e otimizar a readaptação funcional da pessoa com alterações cognitivas por LCA e sua família**, foram desenvolvidas atividades no contexto da prestação de cuidados de reabilitação, orientados por conhecimentos aprofundados ao longo do processo de formação e atendendo à experiência das EEER orientadoras, nos locais de ensino clínico.

Inicialmente, foi difícil sintetizar e precisar a avaliação neurológica na prática. Para auxiliar na orientação do pensamento e execução, foi criada uma grelha de avaliação neurológica (apêndice IV) que, com a prática, passou de ser usada como “moleta” para uma superfície de registo. Cometi erros básicos, como o lado em que me colocava quando avaliava uma pessoa com inatenção, ou fornecer pistas, inadvertidamente, relativamente a um teste de desenho da Figura Complexa de Rey, aspetos estes mais explorados num jornal de aprendizagem (apêndice V) e operacionalizados no primeiro plano de cuidados realizado (Apêndice VI). Tomando consciência dos erros cometidos, também através do diálogo com a enfermeira e professor orientador, fui eliminando alguns e possivelmente cometendo novos, mas penso que faz parte da prática de qualquer enfermeiro.

De acordo com Hoeman (2008), os instrumentos de avaliação escolhidos devem ser capazes de medir o domínio de interesse, monitorizar os progressos, otimizar a comunicação entre os membros da equipa interdisciplinar e entre os profissionais e a pessoa lesada e sua família, monitorizar a eficácia do tratamento e

determinar os benefícios da intervenção. Com o decorrer dos ensinos clínicos, constatei que os instrumentos padronizados são benéficos para uma apreciação inicial da pessoa com alterações cognitivas e consequente categorização dos principais défices e pontos fortes a trabalhar com a pessoa lesada.

Um instrumento que utilizei foi o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), desenvolvido como um método de rastreio cognitivo mais sensível que o Mini Mental State Examination na identificação dos estádios mais ligeiros de défice cognitivo e está, desde 2013, validada para a população portuguesa. O teste MoCA (Anexo I) permite, na prática clínica, identificar precocemente alterações cognitivas compatíveis com demência vascular, défice cognitivo ligeiro, doença de Alzheimer e declínio neuro cognitivo ligeiro de origem vascular, no qual se enquadram o AVC e o TCE (Freitas, Simões, Santana, Martins & Nasreddine, 2013). Este é recomendado pela OE como um dos instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em ER (OE, 2016).

Contudo, da minha experiência pude constatar que este instrumento, aliado ao exame neurológico, me deram uma visão geral do estado cognitivo da pessoa, a partir dos quais posso planear a minha avaliação e intervenção direcionada para determinada (s) função (ões) cognitiva (s) em particular, mas restringe-se a isso mesmo, um *scanning* geral, de rápida e fácil implementação, das funções cognitivas.

Assim, considero este tipo de instrumentos como limitados quando se trata de pessoas com alterações cognitivas, principalmente quando cumulativas. Isto porque só fui capaz de aceder efetivamente aos problemas sentidos, ao que as tornava disfuncionais, através da expressão comportamental dessas alterações cognitivas. Instrumentos de avaliação em papel foram úteis, na fase inicial, para identificar défices e “pontos fortes”, mas para trabalhar a funcionalidade foi necessário avaliar o desempenho nas AVD e trabalhar em formas de intervir sobre os processos cognitivos nesse contexto. Esta descoberta foi, a nível pessoal, a mais determinante para o desenrolar do meu percurso e desenvolvimento da minha identidade como futura EEER. Esta mudança de foco permitiu-me conhecer e desenvolver, na minha intervenção, novas abordagens que aliem a reabilitação dos processos cognitivos ao treino do AC e, assim, promover uma readaptação funcional.

A dinâmica interdisciplinar é crucial para o sucesso do programa de reabilitação. Como tal, foi importante articular com outros profissionais, tais como

fisioterapeutas, terapeutas da fala e psicologia clínica no planeamento da intervenção a realizar. No caso concreto da Sra. A. com quem trabalhei no serviço de neurocirurgia, cuja lesão acarretou alterações cognitivas múltiplas e uma curta tolerância à intervenção, foi determinante essa articulação para que o trabalho desenvolvido fosse benéfico e não levasse à sobrecarga e exaustão da doente.

À medida que o internamento foi avançando, a preparação da alta, mais concretamente o seu destino, foi discutido com a equipa de enfermagem e levantou-se a possibilidade de a Sra. ser seguida por psicologia clínica (serviço de que dispõe o hospital), em regime de ambulatório, após alta para o domicílio. Isto porque a comunidade ainda não proporciona uma resposta eficiente à população (maioritariamente) com alterações cognitivas. Esta opção foi discutida com o médico, que realizou a referenciação da doente, e foi articulado com a assistente social e família. A família demonstrava-se motivada para levar a Sra. para casa e tinha condições para tal, aspeto este que foi decisivo para todo o processo.

Neste sentido, e segundo Sohlberg & Mateer (2011), a pessoa com alterações cognitivas beneficia de um ambiente familiar/domiciliar, onde devem ser trabalhadas as alterações cognitivas precocemente e, por norma, de forma prolongada (por vezes é necessária uma intervenção individualizada durante meses ou anos, com benefício), com vista à minimização e resolução de barreiras à funcionalidade em contexto comunitário. A WHO (2001) defende que os cuidados de reabilitação devem adequar-se à condição de saúde da pessoa, incluindo aos seus níveis de atividade e participação, tendo em conta os fatores ambientais.

A reabilitação é definida pela *Union Européene de Médecins Spécialistes* (2009) como “o uso de todos os meios necessários para reduzir o impacto da condição incapacitante e permitir aos indivíduos incapacitados a obtenção duma completa integração social”. Segundo Branco (2016), a reabilitação é um processo que consiste na prestação de cuidados integrados, em regime de internamento ou ambulatório, assegurados por equipas de reabilitação interdisciplinares cuja colaboração entre todos os seus elementos na definição de objetivos e procedimentos tem um resultado superior à “soma” do produto de cada disciplina, pois estas potenciam-se mutuamente. Refletindo sobre este caso, penso que foi planeada uma solução que permitia à Sra. estar no ambiente mais favorável ao seu processo de reabilitação e dispor dos cuidados de reabilitação que necessitava. Tal não seria possível se os

profissionais das diferentes áreas não articulassem esforços no mesmo sentido. Por vezes é necessário que exista um elemento que faça a ponte para que esta articulação seja eficaz e, neste caso particular, foi a EEER que me orientou e eu.

Outro aspeto importante no planeamento da intervenção com a Sra. A., cujos défices não lhe permitiam estar sem supervisão e acompanhamento recorrente na realização das suas AVD, passou por estratégias educacionais à família. Importa referir que se trata duma Sra. jovem, sem défices motores significativos, o que poderia induzir uma incorreta avaliação da família quanto ao seu grau de dependência.

Foi necessário, assim, que houvesse diálogo com o marido e filhas (uma das quais assumiu o papel de cuidadora familiar, com disponibilidade para permanecer em casa com a mãe) para que percebessem o tipo e grau de ajuda de que o seu familiar precisava naquele momento para permanecer em casa, em segurança. Foi importante explicar-lhe, entre outros aspetos, a importância que a expressão comportamental da Sra. A. tinha na realização das atividades, na importância de evitar imposições, na necessidade de explicar e preparar as atividades antes de as realizar e o seu reforço frequente quando o comportamento desviante acontece, a importância da gestão do ambiente, da abordagem calma e focada no objetivo, e atividades que potencialmente serão estimulantes e poderão ajudar a restituir alguns processos cognitivos, desde o diálogo, exercícios de atenção, sequenciação, entre outros, a exercício físico e alimentação: restrição calórica e rica em certos constituintes (ómega 3, flavonoides, curcuma, ácido fólico, zinco, entre outros) e diferentes texturas, que promovem a neurogénese no hipocampo adulto.

Por outro lado, procurei desenvolver uma abordagem que permitisse instruir a cuidadora sobre as estratégias utilizadas em contexto hospitalar para facilitar o AC e, de forma simplificada, fazer a ponte das mesmas para o contexto domiciliário. O objetivo desta intervenção foi a manutenção das dinâmicas de AC já criadas e constituiu uma tentativa de tornar a transição para o ambiente domiciliário a menos disruptiva possível. A parceria com a família torna o processo de reabilitação mais individualizado e, por conseguinte, mais eficiente. Constatei que, numa fase tão inicial do processo, as dúvidas, dificuldades e preocupações da pessoa/família não diferem muito das com que eu contacto diariamente no meu local de trabalho, numa fase de sequelas.

Neste sentido, Santos (2016, p. 20) afirma que “num processo de reabilitação, a aprendizagem realiza-se num espaço temporal longo, onde a interpretação da

informação dada pelos profissionais e o treino partilhado com a família são fundamentais.” O autor salienta, entre outros fatores influenciadores, a motivação, a linguagem do profissional e a estrutura da informação transmitida. A questão do regresso a casa é, simultaneamente, um fator gerador de stresse e a principal meta, o que torna o desenvolvimento da capacidade do EEER na gestão das relações, das emoções e expectativas, muito relevante para o sucesso do processo de reabilitação.

Também no contexto da ECCL, tornou-se clara a dinâmica da equipa interdisciplinar e as vantagens desta na articulação com os recursos da comunidade. Estive presente nas reuniões semanais da ECCL, em que reúnem as EE, a psicóloga, a assistente social e a médica que presta apoio à equipa, e onde se discutem os casos de forma individualizada, se decide a necessidade de aumentar/diminuir a periodicidade das consultas domiciliárias, a atribuição e gestão de ajudas técnicas, a reformulação de objetivos e/ou estratégias de intervenção, se partilha falhas e sucessos e em que toda a equipa fica a par da evolução de cada caso.

Em particular, houve um caso duma Sra. idosa, acamada, com demência instalada, que estava a passar por uma fase particularmente destruturada, em que chorava constantemente a morte da mãe (que ocorrera há vários anos). Essa instabilidade emocional exacerbava as queixas álgicas da Sra. quando mobilizávamos o membro recentemente operado para colocação de prótese da anca, o que tornava a intervenção penosa, não sendo fácil acalmar a Sra. e focar a sua atenção na atividade. Além disso, em conversa com a cuidadora, pudemos perceber que a Sra. passava a noite acordada, a chorar ou a falar, o que destabilizava tudo o resto.

Posto isto, foi necessária a articulação com a médica da utente, para que, possivelmente, pudesse adequar a medicação para ajudar a que os ciclos sono/vigília fossem restaurados, e o planeamento com a psicóloga da equipa para que nos acompanhasse das consultas domiciliárias e colaborasse na intervenção com a utente, estabilizando a parte emocional. Torna-se, aqui, clara a importância do EEER desenvolver conhecimentos na área da liderança, fazendo uso dos mesmos na mobilização da equipa de enfermagem e demonstrando os seus conhecimentos junto da equipa interdisciplinar, com vista a atingir os objetivos comuns a que todos se propõem. Além disso, destaco também a comunicação como um fator preponderante neste processo, na medida em que foi transmitida a avaliação realizada e discutidas

formas de intervir em complementaridade, que levaram a resultados positivos no estado de saúde da utente a todos os níveis.

Como tal, estas atividades permitiram o desenvolvimento de **competências de EE** (OE, 2010a) no domínio: A1.1 “Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada”, A2.1 “Promove a proteção dos direitos humanos”, A2.2 “Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente”, B1.2 “Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática”, B3.1. “Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador segurança e proteção dos indivíduos”, B3.2. “Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais” e C1.1. “otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada da decisão”.

Ao longo do ensino clínico, foram identificadas limitações pessoais, no sentido de melhorar a prática. Considero que houve uma gestão eficaz dessas dificuldades e limitações, mantendo o empenho e motivação na aprendizagem. Desta forma desenvolvi competências de EE (OE, 2010a) nos domínios: D1.1. “detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro”; D1.2. “gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional” e D2.2. “suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade”.

As atividades desenvolvidas permitiram, igualmente, o desenvolvimento de **competências de EEER** (OE, 2010b) no domínio: J1.1 “avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades”, J1.2. “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade” e J2.2. “promove a mobilidade a acessibilidade e a participação social”.

Ao nível dos **padrões de qualidade dos cuidados do EEER** (OE, 2015B), verificou-se satisfação do cliente, através da discussão e análise do processo de reabilitação com a pessoa/família, a promoção da saúde, através da identificação de barreiras arquitetónicas e a cooperação entre as estruturas da comunidade e a prevenção de complicações, através da identificação atempada dos riscos de alterações que determinem limitações e incapacidades.

Atendendo aos **DD** (Joint Quality Initiative, 2004), penso ter desenvolvido competências para aplicar os conhecimentos adquiridos sobre as equipas e as relações entre estas, e a capacidade de compreensão e resolução de problemas que me permitiu, em situações novas e em contextos multidisciplinares, gerir recursos para

desenvolver o melhor programa de reabilitação possível para as pessoas e famílias envolvidas. Por outro lado, penso ter aprofundado competências de comunicação, no sentido em que procurei ser clara nos meus raciocínios e conclusões, tanto com elementos da equipa de enfermagem como de outras áreas.

O terceiro objetivo específico delineado consiste em: **implementar intervenções de ER à pessoa com alterações cognitivas por LCA e sua família.** Para lhe dar resposta foram realizadas atividades, maioritariamente em parceria com a pessoa lesada e sua família. Ainda assim, e sendo o plano de reabilitação um processo contínuo e em constante avaliação/reformulação, faz sentido que o quarto objetivo específico - **monitorizar a intervenção do EEER à pessoa com alterações cognitivas pós LCA e sua família** – seja apresentado a par com o anterior. Isto porque durante a implementação das intervenções foi necessário avaliar o processo de reabilitação em desenvolvimento, monitorizar os resultados obtidos e reformular as estratégias adotadas, por forma a obter ganhos para a pessoa/família.

Compreender a intervenção como EEER, particularmente no meio hospitalar, constituiu um desafio para a minha intervenção. Os serviços hospitalares são, por si só, um espaço pouco agradável. Os estímulos olfativos, auditivos, visuais e somestésicos são pobres e/ou prejudiciais, existe uma ausência de referências pessoais no meio, o que prejudica a orientação, por exemplo, e as relações são, por norma, de pouca proximidade e fracionadas, o que afeta a interação social e quebra o estabelecimento e manutenção de dinâmicas benéficas à pessoa com alterações cognitivas. Tudo isto torna o ambiente pouco estimulante e, para a pessoa com alterações cognitivas, pobre em pistas sensoriais que o tornem conciliador e funcional.

Como tal, e tendo em atenção que um dos objetivos primordiais da reabilitação da pessoa com LCA em fase aguda é a estimulação na neuro plasticidade, intervirmos nesse sentido através da gestão do ambiente, estimulação sensorial e social. Medidas simples como proporcionar uma superfície de trabalho estimulante podem fazer a diferença: em caso de pessoas com afasia, colocar a imagem do WC no tabuleiro (de um copo de água, uma tabela de comunicação simples, um calendário), o que facilita a interação, promove a orientação e pode ser o ponto de partida para trabalhar processos mais complexos. Outro exemplo é, em caso de inatenção, colocar setas que apontem para o lado negligenciado, com cores fortes, para estimular a perceção do mesmo. Outro exemplo é o uso da música para gerar emoções benéficas ao

processo de reabilitação: colocar a pessoa em alerta ou acalmá-la ou para melhorar aspetos fisiológicos, emocionais e comportamentais, que influenciam o processo de reabilitação (Puggina & Silva, 2015). O recurso à música no treino de marcha após AVC tem também sido estudada em reabilitação (Shin, Chong, Kim & Cho, 2015).

Como já referido ao longo do presente relatório, o AC tornou-se não só um indicador de funcionalidade, mas um recurso para avaliar e trabalhar alterações cognitivas e a sua extensão comportamental. Esta perspetiva foi sendo trabalhada ao longo do ensino clínico, atendendo a que a pessoa com alterações cognitivas tem uma forma particularmente individual de se expressar, o que nos cria, como profissionais, um desafio acrescido na avaliação comportamental. O AC exige múltiplos processos cognitivos que tornam complexo o seu desempenho após uma LCA, pelo que se torna um contexto, por excelência, pertinente à avaliação das alterações e limitações funcionais a que estas conduzem. O enfermeiro, como principal interlocutor no momento do AC, comunica também ele por linguagem não verbal e, portanto, deve ponderar a sua abordagem face à pessoa lesada. A serenidade no gesto, o tom de voz calmo, incentivos ao progresso e momentos de repouso no final da intervenção são essenciais (Varanda & Rodrigues, 2016).

A reabilitação dos processos cognitivos fundamenta-se nos processos de neuro plasticidade, sendo por isso fundamental criar um ambiente propício aos mesmos, através da sua regulação. Esta permite direcionar os processos cognitivos para o objetivo proposto (desempenho do AC) e diminuir a sobrecarga que o mesmo pode provocar na pessoa lesada, restringindo os estímulos irrelevantes para promover a concentração nas exigências cognitivas (Varanda & Rodrigues, 2016).

Como tal, houve a necessidade de enriquecer o ambiente, nomeadamente, o local onde mais intervimos: a casa de banho. Ao trabalhar o AC da pessoa com alterações cognitivas, rapidamente percebi que a casa de banho estava repleta de material desnecessário (luvas/aventais/manápulas), que dispersam a atenção da pessoa na tarefa a realizar, induzem em erro e criam estímulos contraditórios. Se acrescentarmos alterações nos processos de iniciação e inibição, é provável que a pessoa manipule todo o material e tente repetidamente usá-lo, mesmo após advertência em contrário, o que potencia a sobrecarga cognitiva e a frustração. Ainda assim, percebi que remover o material acessório não era suficiente, sendo necessário

organizar o material nas zonas onde este seria usado e rotulá-lo, para que se tornasse indicador da tarefa que era suposto ser desempenhada naquela área em particular.

Remetendo novamente ao caso da Sra. A., a pessoa que acompanhei mais durante o ensino clínico em meio hospitalar (o plano de cuidados da Sra. A. encontra-se em apêndice VII), estas estratégias também não foram suficientes. Os défices nas funções executivas eram severos, pelo que foi necessário fornecer pistas visuais de sequenciação da atividade, fracioná-la em tarefas simples, fornecendo alguma base na qual a Sra. pudesse assentar e estruturar o pensamento.

Desenvolvi DE adequados à condição da Sra. A.: uma *checklist* com o material necessário para os cuidados de higiene; uma placa com a sequência do banho, passo a passo, afixada na zona do chuveiro; uma outra com a sequência dos passos para lavar os dentes, afixada junto ao lavatório; e afixei sinalética ilustrativa de como manipular a torneira, qual o lado da água quente e fria, o interruptor (porque um comportamento repetitivo da Sra. no final da ida ao wc era sempre procurar o interruptor da luz), entre outros. Estes foram direccionados às necessidades da Sra. A. em particular, embora acredite que possam servir para outras pessoas com défices similares. Por esta razão, deixei os DE elaborados no serviço, alguns dispostos nas casas de banho para que outras pessoas possam usufruir deles, se houver benefício. Fotografias da casa de banho e dos DE criados encontram-se em apêndice VIII.

Posto isto, foi necessário preparar o ambiente primeiro, e só depois encaminhar a pessoa para o AC. O timing também teve que ser gerido, procurando que a altura da intervenção fosse após os restantes cuidados de higiene a outros doentes, para que tivesse disponível o tempo que a Sra. A. precisasse, sem interrupções ou distrações. Esta gestão só foi possível ao dialogar com a equipa, explicando o objetivo da minha intervenção e das condições indispensáveis para que tal pudesse decorrer.

Segundo Varanda & Rodrigues (2016, p. 223), em casos de alteração das funções cognitivas, o processo de reabilitação “passa, antes de tudo, por atitudes consistentes a ter perante o doente e para as quais a equipa e família devem ser educados”. A questão da sensibilização da equipa foi gradual, pois no caso concreto da Sra. A. os défices eram quase exclusivamente cognitivos, o que dificultava a perceção da sua dependência. Mas quando não ocorria um acompanhamento por enfermeiro, ocorriam comportamentos desadequados, como deslocar-se nua pelo serviço, ser encontrada no wc de avental vestido e luvas, entre outros

comportamentos que levaram a equipa a querer perceber como prevenir e como atuar quando estes comportamentos ocorriam.

Após o segundo dia a utilizar os DE e adequar a minha abordagem, constatei que a Sra. A. se apresentava mais calma na realização do AC, com menos sinais de frustração e exaustão, cometia menos erros e não perseverava nos mesmos (pode ser sinal de menor sobrecarga cognitiva?). Com o uso repetido dos DE, incentivado por mim, a Sra. A. começou a remeter para os mesmos quando avançava entre tarefas e a presença do erro perseverativo reduziu substancialmente (no manuseio da torneira e a temperar a água, por exemplo).

Constatei que, gradualmente, necessitei menos vezes de substituir a Sra. A. na tarefa ou interromper o comportamento através do toque, exceto quando trabalhava a apraxia, em que a técnica “mão na mão” é recomendada (Goldenberg, Daumüller & Hagmann, 2001), o que denota algum ganho no grau de dependência da Sra. A.. À luz da teoria dos sistemas (Orem, 2001), ocorreu uma evolução do sistema totalmente compensatório para o parcialmente compensatório. Em atividades simples, pode mesmo atingir-se o sistema de apoio-educação. Em linguagem FIM, poderia dizer-se que a Sra. A. passou de uma FIM 2-3 (ajuda máxima a moderada) para uma FIM 4-5 (ajuda mínima a supervisão com indicações verbais) (escala FIM em anexo II).

Segundo Varanda & Rodrigues (2016), quando se encoraja a independência funcional, melhora a ansiedade e a depressão, fatores que influenciam negativamente a motivação. Esta última pode ser trabalhada através de estratégias como o estabelecimento de metas alcançáveis e desejáveis, apoio e encorajamento, que reduzem o medo de falhar. Este processo de gestão da motivação é essencial para o processo de reabilitação da pessoa com alterações cognitivas.

Outra intervenção consistiu em sessões de regulação sensorial à Sra. G., em estado de vigília sem resposta, consequente de hematoma subdural agudo, com abertura ocular espontânea e resposta motora à dor com flexão anormal: score 8 na Escala de Coma de Glasgow (ECG) e nível II na escala Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale – escalas de referência na avaliação comportamental destes doentes, segundo Simões (2010) e Varanda, Rodrigues & Costa (2015).

Posto isto, o ponto de partida foi perceber os habitus da Sra. G., nomeadamente as pessoas mais significativas, a sua atividade diária, os seus hobbies e preferências, experiências e contextos significativos. Pude determinar as suas músicas prediletas,

que assistia o neto a jogar futebol com regularidade, que vivia no campo, que gostava de doces, entre outros aspetos. Esta recolha de dados foi possível através do diálogo com a família, explicando o objetivo da minha intervenção e da importância que estes aspetos teriam na adequação da intervenção. Apesar do meu receio em poder estar a criar expectativas com as quais tivesse dificuldade em lidar numa fase posterior, a família foi muito receptiva desde o primeiro dia e, aparentemente, percebeu que estas sessões faziam parte dum continuum de estimulação das quais tanto os profissionais como os familiares eram intervenientes.

Segundo Pinto (2010), após recuperação da consciência, as pessoas recordam estímulos relacionados com a presença dos familiares, relatando a audição da sua voz, a sensibilidade superficial do toque e a visualização dos seus rostos. Os estímulos auditivos foram os mais frequentemente descritos pelas pessoas (Pinto, 2011), pelo que os familiares foram incentivados a relatar acontecimentos passados e atuais, a chamar a pessoa pelo nome e a associar outros estímulos como o toque. Assim, a participação da família pode produzir uma melhoria no estado de consciência, devendo ser incentivada, de forma regulada e estruturada.

Pinto (2011) identificou padrões de associação de estímulos promotores de consciência, sendo exemplo os estímulos tácteis com estímulos auditivos, os estímulos tácteis com visuais e os estímulos auditivos com visuais. Neste sentido, nas sessões realizadas, iniciei quase sempre a minha intervenção proporcionando um estímulo auditivo (música significativa), tendo em conta o estímulo auditivo um dos mais significativos, progredindo até uma fase em que foi realizada estimulação bimodal (mobilização de um membro com descrição do movimento, por exemplo).

Tanto na presença de estímulos proporcionados por familiares como nas sessões que realizei, ocorreram reações pouco consistentes, mas que eram despoletadas, por norma, sempre pela mesma música, ou pelo mesmo tom de voz familiar. Quando a família presenciava estas reações, despoletava sentimentos de ansiedade e expectativa de melhorias concretas, pelo que foi necessário da minha parte desenvolver capacidade para gerir emoções e explicar que a pessoa em estado de vigília sem resposta pode oscilar no seu comportamento a estímulos, mas, ainda que essas reações sejam positivas, podem não ter repercussões na transição para o estado de vigília. Apesar disso, penso que o facto da família se sentir envolvida no

processo e assumir estas reações como positivas à sua presença, traz ganhos na estimulação dos sensores pessoa lesada e no bem-estar e satisfação da família.

A implementação de sessões de estimulação sensorial foi facilitada pelo facto da enfermeira que me orientou em contexto hospitalar ter desenvolvido um projeto nesse sentido, existindo no serviço uma tabela de registo de sessões de estimulação sensorial (em anexo ao plano de cuidados desenvolvido para a Sra. G. em apêndice IX) e algum material de estimulação (óleos essenciais, materiais de diferentes texturas, vibrador, entre outros). Estes fatores, aliado à experiência da enfermeira, foram facilitadores para que pudesse concretizar este objetivo.

Como tal, as sessões foram estruturadas e registadas da seguinte forma: avaliados sinais vitais pré-intervenção, proporcionado o estímulo (uni ou bimodal), avaliada a existência de movimentos, micro expressões faciais – expressam emoções primárias (medo, raiva, nojo, surpresa, tristeza e felicidade) (Damásio, 2012) - e alteração da frequência cardíaca (Puggina & Silva, 2015) durante o estímulo, e avaliados parâmetros vitais após a cessação do mesmo. Foi realizada uma sequência de estímulos diferentes de forma a que as sessões tivessem uma duração de 20 a 30 minutos (Gerber, 2005), e fosse promovido um ambiente calmo. Idealmente as sessões deveriam ser realizadas várias vezes ao dia (aproximadamente duas a três vezes), com intervalo entre elas de pelo menos uma hora, mas tal não foi possível manter devido à falta de disponibilidade dos EEER para prestar cuidados especializados de forma sistematizada.

Considero ter conseguido estabelecer um programa de estimulação estruturado em que, inicialmente, foi realizada avaliação neurológica da pessoa e avaliação do habitus. Seguidamente, foi estabelecido um plano de intervenção com os estímulos mais significativos, de forma a individualizar a intervenção e torná-la o mais significativa possível para a Sra. A.. Por último, as sessões foram aplicadas e avaliadas de forma a compreender o seu impacto na evolução do estado de consciência, através da tabela de registo disponível.

A monitorização da intervenção produz evidência que sustentará a melhoria dos cuidados prestados pela equipa que o EEER integra. Segundo Pestana (2016, p.54), “o EER desenvolve um papel crucial junto da pessoa/família e da equipa de enfermagem/interdisciplinar. Ele é o líder na gestão dos cuidados de enfermagem no âmbito da reabilitação, de forma a assegurar a continuidade e a qualidade dos

cuidados”. De facto, encaro a diferenciação do EEER como uma responsabilidade acrescida, que advém dos conhecimentos em reabilitação que detém relativamente à restante equipa, e que deve partilhar, fomentando a formação e as boas práticas.

No decorrer no ensino clínico, percebi que é comum alguma dificuldade em identificar as alterações cognitivas. Um score 14 na ECG (pessoa confusa?) pode sinalizar uma afasia, uma apraxia, uma agnosia, um défice na perceção visuoespacial, o que faz com que a pessoa não encontre a saída do seu quarto, o caminho para a casa de banho, ou vista a roupa interior por cima das calças ou camisola ou coma a fruta junto com a sopa. Muitas vezes estas pessoas são caracterizadas como “não colaborantes” também, porque não percebem que devem rolar para a direita ou esquerda quando o enfermeiro pede, ou será que não conseguem distinguir a direita da esquerda? Ou o défice visuoespacial faz com que pareça que vão cair da cama e por isso resistem? Ou simplesmente não compreendem a “ordem” num período de tempo espectável porque a velocidade de processamento não lhes permite? Ou se o enfermeiro faz o movimento com os braços, o doente até percebe o que é pretendido dele, mas se o enfermeiro não o fizer, o doente já flutua na “colaboração”?

Percebi que as minhas dificuldades eram partilhadas com outros elementos da equipa, pelo que realizei uma formação no serviço de neurocirurgia (que se encontra em apêndice X), definindo conceitos e sugerindo linhas orientadoras da intervenção no âmbito da promoção do AC na pessoa com alterações cognitivas por LCA.

No final, apresento uma tabela que elaborei na tentativa de sintetizar a avaliação dos processos cognitivos subjacentes às atividades de AC aquando da sua realização, facilitando a monitorização do processo de reabilitação traçado pelo EEER. Isto porque não tenho conhecimento de nenhum instrumento que alie a avaliação do AC aos processos cognitivos, possibilitando ao enfermeiro abordar a cognição no âmbito da sua intervenção diária, que em muito passa pelo AC. Tive muitas dificuldades e dúvidas na sua realização, pois são processos difíceis de concretizar em comportamentos, existe o fator individualidade preponderante e acredito ter ainda que me debruçar muito sobre este tema, estudá-lo, trabalhá-lo na prática diária e aprimorá-lo, se conseguir.

O objetivo da formação foi sensibilizar para a dificuldade que temos em identificar défices cognitivos e sugerir uma abordagem mais inclusiva, proporcionando um ambiente promotor de funcionalidade e que compensasse ou ajudasse a restituir

processos cognitivos. Acredito ter ajudado a clarificar alguns conceitos e promovido uma reflexão sobre como devemos atuar face a esta população em específico, mesmo no contexto dos cuidados gerais que todos prestamos.

No seguimento deste trabalho, surgiu a oportunidade de apresentar um póster (Apêndice XI) no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação, cujo tema foi *Acessibilidade em Saúde*. O tema do póster é “*WC mais acessível: adaptação à pessoa com défice cognitivo*” e introduz o recurso a DE como auxiliar à intervenção do EEER, no contexto da promoção do AC. Teve como objetivo sensibilizar para a questão das necessidades acrescidas e nem sempre evidentes das pessoas com alterações cognitivas por LCA, e apresentar uma abordagem possível para minimizar barreiras à funcionalidade e promover o AC.

Também no contexto do ensino clínico na comunidade, embora tenha contactado mais com pessoas com alterações cognitivas por demência ou declínio neuro cognitivo associado ao processo de envelhecimento, senti que poderia contribuir para uma abordagem mais conciliadora, e que trouxesse ganhos em saúde, não somente direcionada para a cognição, mas também na maximização da eficácia no treino sensoriomotor, por exemplo. A atenção é uma função base de todas as funções cognitivas superiores, que está intimamente relacionada com as mudanças orgânicas provocadas pelo avanço da idade e pelas interações sociais, deteriorando-se mesmo em idosos saudáveis (Sisto, Castro, Cecilio-Fernandes & Silveira, 2010). Assim, pareceu-me pertinente elaborar um Guia de Intervenção na Atenção, que se encontra em apêndice XI. Este clarifica alguns conceitos relacionados com a atenção, sinais que podem denunciar algum distúrbio na capacidade atencional e instrumentos formais passíveis de serem usados para avaliar a atenção, princípios de intervenção do EEER e uma lista de exercícios que possam ser usados para treinar a atenção.

Com o decorrer das atividades supracitadas, pude desenvolver as seguintes **competências de EE** (OE, 2010a): A1.1 “Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada”, A1.3 “Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade”, A1.4 “Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão”, A2.1 “Promove a proteção dos direitos humanos”, A2.2 “Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente”, B1.2 “Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática”, B2.2 “Planeia programas de melhoria contínua”, B3.1. “Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual

gerador segurança e proteção dos indivíduos”, B3.2. “gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais”, C1.1. “otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada da decisão” e C2.1 “Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados”.

Durante o ensino clínico, foram identificadas limitações que procurei ultrapassar através de pesquisa bibliográfica e treino de habilidades da prática, cujos conhecimentos gerados procurei partilhar com as equipas. Desta forma, desenvolvi competências de EE (OE, 2010a) nos domínios: D1.1. “detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro”; D1.2. “gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional”, D2.1 “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade” e D2.2. “Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade”.

Relativamente às **competências específicas do EEER** (OE, 2010b), penso ter desenvolvido as seguintes: J1.1 “avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades”, J1.2. “concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”; J1.3. “Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade”, J1.4. “Avalia os resultados das intervenções implementadas”, J2.1. Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida” e J2.2. “promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”.

Ao nível dos **padrões de qualidade dos cuidados do EEER** (OE, 2015b), verificou-se promoção da saúde, através de estratégias que ajudam as pessoas a alcançar o seu potencial máximo, a prevenção de complicações, nomeadamente adequando o ambiente, minimizando o risco de acidentes, e com a discussão de situações problemáticas com os restantes elementos da equipa e transmissão de aprendizagens, promovendo o rigor técnico/científico na implementação de intervenções futuras e consequente melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O bem-estar e o AC foram atingidos através do treino do AC associado aos processos cognitivos envolvidos, e a reeducação e readaptação funcional, trabalhando em conjunto com a pessoa lesada e família no desenvolvimento de processos adaptativos eficazes para os problemas de saúde e limitações funcionais vivenciadas.

Relativamente aos **DD** (Joint Quality Initiative, 2004), procurei aprofundar conhecimentos e capacidades de compreensão em áreas desconhecidas, nomeadamente no desenvolvimento e implementação de DE como auxiliares na intervenção com a pessoa com alterações cognitivas, e aplicar o que adquiri na minha prática de cuidados, nomeadamente na capacitação para o AC. Trabalhei as minhas capacidades de julgamento e tomada de decisão quando optei pelo recurso aos DE e à abordagem que mantive com a Sra. A., abordando as funções cognitivas através e com vista ao AC, transmitindo o meu parecer à equipa e fundamentando a minha escolha para que houvesse adesão por parte da mesma no sentido da gestão e continuidade de cuidados. A capacidade de comunicação está aqui refletida, tanto na abordagem à Sra. A como na transmissão do meu raciocínio à equipa de enfermagem, ou na transmissão do raciocínio subjacente à intervenção planeada aos familiares da Sra. G., na tentativa de explicar a importância da sua colaboração e consequente adesão e execução da estimulação sensorial pretendida. As atividades realizadas têm por base competências de autoaprendizagem, pois sem estas não seria capaz de ter concretizado o objetivo, e permitiram-me continuar a procurar conhecimento e melhores formas de os pôr em prática na minha atividade.

De forma a desenvolver as competências como EE e EEER preconizadas pela OE, surge como segundo objetivo geral: **Desenvolver competências técnicas, científicas e humanas de EEER na promoção do processo de reabilitação da pessoa e sua família.**

O ensino clínico em contexto comunitário permitiu ter contacto com a realidade duma população envelhecida, muitas vezes com pouco apoio familiar, a viver em casas degradadas e de dimensões muito reduzidas, o que dificulta o trabalho em reabilitação. Segundo Fonseca (2014), as pessoas idosas têm uma representatividade tendencialmente crescente a nível mundial, especialmente no sul da Europa, onde Portugal detém os maiores rácios de dependência nesta população. Tal conduz a desafios na área da saúde, na procura duma resposta eficaz para esta população característica, que visem a manutenção da sua robustez física, da independência e da qualidade de vida (Marques-Vieira, Amaral & Pontífice-Sousa, 2016).

Recordo o caso de dois irmãos, ambos idosos, em que a irmã havia caído e fraturado o fémur, com necessidade de colocar uma prótese na anca. A Sra. tinha motivação para o programa de reabilitação, realizava exercícios na cama para

manutenção e fortalecimento do movimento muscular. Ainda assim, devido à dimensão reduzida no seu quarto, crescendo o medo de cair, tornava-se muito difícil realizar o levantar. Treinávamos a carga nos membros inferiores e conseguimos, ao fim de algum tempo de intervenção, que a Sra. se transferisse para um banco colocado ao lado da cama. Um banco, porque não cabia uma cadeira de rodas, nem no quarto nem ao longo da casa, pois não passava nas portas e corredores.

Apesar de ser uma situação temporária (a sra. aguardava vaga numa unidade de média duração), esta limitação do ambiente domiciliar atrasou muito o seu processo de reabilitação. Durante meses, esta Sra. não saiu do quarto. Esta Sra. que anteriormente à queda era independente nas AVD. O impacto na sua mobilidade foi sendo trabalhado pela equipa da ECCI e minimizado. Mas o impacto negativo que esta realidade tem a nível emocional, psicológico e social é algo que pode comprometer todo o processo. É algo com que eu tive que aprender a lidar interiormente e, simultaneamente, aprender a minimizar ao máximo durante o tempo de intervenção que tive com a Sra. Para tal, falava-lhe sobre o tempo, insistia para que lesse o jornal, comentava as notícias, e reforçava a realidade que se avizinhava, o internamento na unidade, onde iria levantar-se todos os dias, fazer terapias, melhorar a sua funcionalidade e regressar ao domicílio com maior qualidade de vida.

Este caso é um exemplo dos muitos com que contactei, em que o processo saúde/doença por si só pode não ter criado limitações de maior, mas que, na conjuntura da resposta em saúde atual de reduzir tempos de internamento, remete as pessoas para uma comunidade que não tem condições para acolher esta população. Para o objetivo de um envelhecimento ativo intervêm vários fatores, entre eles adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas e desenvolver ambientes promotores de funcionalidade. Casos como o supramencionado poderiam ser reduzidos se as políticas de saúde, especificamente no que concerne o planeamento dos cuidados às pessoas idosas, fosse assente não em indicadores de doença, mas nas suas necessidades funcionais (Marques-Vieira, Amaral & Pontífice-Sousa, 2016).

Segundo Gomes, Rocha, Martins & Gonçalves (2014), o EEER potencia o desenvolvimento do continuum dependência/independência da pessoa através de estratégias direcionadas para a promoção do AC, enquadrando os cuidados na pessoa e na família. No contexto da comunidade, a família e a pessoa integram o

processo de decisão, com negociação de dos cuidados e corresponsabilização na implementação das estratégias do processo de reabilitação.

Penso ter sido o que se passou no caso do Sr. A. C (plano de cuidados em apêndice XIII), em que a dinâmica entre o EEER e a pessoa e família foi crucial para a motivação para a reabilitação. Numa fase inicial, o Sr. A. C, após amputação dos dedos de um dos pés, integrou a rede de cuidados continuados (média duração), da qual pediu alta antecipada por se encontrar extremamente deprimido e recusar integrar o seu programa de reabilitação. Já no contexto comunitário, e apesar de não ter acompanhado o processo desde a fase inicial, a ECCI conseguiu iniciar um programa individualizado, no domicílio, ao qual pude dar continuidade e negociar metas mais ambiciosas, reformulando objetivos com o Sr. A. C e família.

Pude trabalhar o equilíbrio dinâmico, proporcionando maior segurança ao Sr. A. C na realização das suas AVD, o movimento articular, o andar com andarilho por distâncias progressivamente maiores, até o Sr. poder deslocar-se até ao pátio e sentar-se ao sol, ver as suas plantas (atividades que realizava anteriormente à amputação) e adequar o domicílio aos progressos do Sr. (anteriormente fazia uso de fralda e na fase final do processo já se deslocava ao sanitário) pelo que foram adequadas ajudas técnicas pertinentes e treino motor para fortalecimento da segurança nos movimentos necessários à atividade.

Para trabalhar a marcha no Sr. A. recorri à música e pude constatar que, para além de imprimir um ritmo que estimulava uma passada ritmada (neste contexto, o meu objetivo era melhorar a dinâmica apoio do andarilho/passada e aumentar a distância percorrida), foi um recurso bastante benéfico. Para além disso, a música era escolhida pelo utente e a esposa colocava a tocar no computador, estávamos todos no mesmo ambiente e acabava por funcionar tanto como um pretexto para a interação como um fator motivador para o treino a realizar. Neste caso particular, a dinâmica familiar e com a equipa de enfermagem era bastante boa, o que permitia a criação de um ambiente bastante terapêutico, ao que a música veio imprimir um reforço positivo. Ressalvo que se tratava de um Sr. que sofrera uma amputação, não apresentava alterações cognitivas à avaliação inicial (caso contrário teria que ocorrer uma regulação sensorial adequada), mas tinha um historial de depressão, pelo que um ambiente rico em estímulos diversificados era não só estimulante para a sua reserva cognitiva como favorecia emoções positivas.

Na minha perspetiva, a questão motivacional (realizado um jornal de aprendizagem sobre o tema que se encontra em apêndice XIV) está bastante presente neste caso, principalmente na fase de adesão, e a relação estabelecida entre a equipa e o Sr. A. e a sua esposa tornou-se de tal forma significativa que permitiu que se desenvolvessem capacidades de *empowerment* com o Sr., levando ao processo de transição entre um estadio de dependência máxima para uma supervisão em quase todas as AVD. Segundo Moraes (2014), existe uma relação entre o conceito de adesão e *empowerment* que pode levar a pessoa a mobilizar recursos afetivos e cognitivos e ter maior empenho nos comportamentos de procura de saúde, refletindo-se positivamente na concretização dos planos de enfermagem de reabilitação. O mesmo autor salienta que uma maior atenção à motivação, crenças ou força de vontade da pessoa é fundamental para serem atingidos os objetivos estabelecidos.

Uma outra oportunidade particularmente enriquecedora que tive foi a de prestar cuidados de reabilitação respiratória a duas gémeas de 4 anos, institucionalizadas, com uma patologia neuromuscular ainda em estudo, com atraso no desenvolvimento neuro psicomotor que levava a reinternamentos sucessivos por complicações a nível respiratório (plano de cuidados em apêndice XV).

O desafio deste caso passou por vários fatores: a abordagem a crianças que, nesta idade, são per si um desafio e que, aliado ao facto de residirem numa instituição, as torna menos suscetíveis ao contacto com pessoas externas ao circuito da instituição, pelo que o estabelecimento de uma relação terapêutica previa-se difícil mas crucial; o facto de serem seguidas num serviço de reabilitação hospitalar e terem dinâmicas instituídas, devendo mantê-las, pelo que a adequação do programa de reabilitação instituído exigia uma intervenção regular e efetiva; e também porque os objetivos eram reduzir as infeções respiratórias, promover uma correta ventilação e aumentar a tolerância ao esforço, quando estas crianças estão já bastante fragilizadas por complicações prévias e exigem uma diminuta margem de tempo para intervir. A tudo isto acresceu o meu desconhecimento sobre as fases de desenvolvimento da criança e questões relacionadas com o atraso nas mesmas, desde a sua avaliação a pequenos complementos que pudesse adotar na minha intervenção para a tornar mais estimulante tanto motora como cognitivamente.

Ainda assim, penso ter conseguido estabelecer uma relação terapêutica, pôr em prática técnicas de brincar terapêutico com sucesso e manter os resultados do

programa de reabilitação, já em prática há vários anos, prevenindo complicações através duma reeducação funcional respiratória (RFR) individualizada e adequada às crianças e ao seu contexto. O pulmão duma criança é anatómica e fisiologicamente diferente do de um adulto, a cavidade nasal é pequena e curta e a língua relativamente grande, a cartilagem traqueobrônquica é elástica, facilmente compressível e com uma *compliance* aumentada, o que aumenta o risco de obstrução da via aérea. A posição da laringe, o diâmetro reduzido da via aérea e a baixa resistência ao fluxo aéreo condicionam uma respiração predominantemente nasal que, em caso de obstrução, leva a um gasto energético excessivo (Castro, Silva & Palhau, 2009).

Por isso, na sua intervenção, o EEER deve destacar a higiene brônquica nos seus planos de RFR a crianças, aprimorando competências de comunicação para estabelecer uma relação de confiança, conhecer as suas especificidades e adequar as técnicas de RFR ao estadio de desenvolvimento (Latado, 2016) – no caso das gémeas, o treino ativo de técnicas de tosse e expulsão de secreções é difícil, pelo que técnicas passivas como a expiração lenta prolongada, associada previamente a aerossoloterapia e posterior aspiração de secreções, produzia bons resultados na limpeza das vias aéreas. As gémeas faziam aerossol três vezes/dia, uma das quais sempre antes da chegada da EEER. Quando ocorreu um ajuste de horário na intervenção, surgiram episódios de vômito relatados pelas cuidadoras da instituição.

Percebeu-se, após diálogo entre a equipa e as cuidadoras, que estas administravam o aerossol logo após o almoço, com as gémeas deitadas, apesar da cabeceira elevada a 30-40 graus. Foi então necessário instruir as cuidadoras e adequar os horários das refeições e intervenção para que tal não acontecesse. A intervenção com as gémeas e a articulação com a instituição permitiram-me ampliar conhecimentos e capacidades para intervir no contexto pediátrico, embora de forma muito restrita, visto que o EEER poder intervir desde o recém-nascido ao adulto.

Após a conclusão dos ensinamentos clínicos, surgiu a oportunidade de realizar um estágio de observação num serviço de Reeducação Funcional Respiratória (RFR), por forma a colmatar o pouco contacto com doentes do foro respiratório e consequente intervenção do EEER. Este foi enriquecedor, permitiu perceber a atuação do EEER em programas prolongados de RFR (em regime de ambulatório), após derrames pleurais, pneumotórax, excisão de massas pulmonares, lobectomia, entre outras. A deslocação aos serviços, desde a psiquiatria aos cuidados intensivos, permitiu

perceber o impacto que a intervenção do EEER tem em pessoas cujo estado de saúde é tão díspar. Foi especialmente positivo realizar cinesiterapia a um doente intubado, numa unidade de cuidados intensivos, perceber as suas limitações e, ainda assim, trabalhar em parceria com o mesmo e diminuir o seu desconforto.

Através do desenvolvimento das atividades supracitadas, penso ter desenvolvido as seguintes **competências de EE** (OE, 2010a): A1.1 “Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada”, A1.2 “Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas”, A1.4 “Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão”, A2.1 “Promove a proteção dos direitos humanos”, A2.2 “Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente”, B2.1 “Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes da Estrutura, Processo e Resultado”, B3.1. “promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo”, B3.2. “gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais”, C2.1 “Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” e D2.2 “Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade”.

Relativamente às **competências de EEER** (OE, 2010b), penso ter desenvolvi: J1.1 “Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades”, J1.2. “Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade”; J1.3. “implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório da alimentação da eliminação e da sexualidade”, J1.4. “avalia os resultados das intervenções implementadas”, J2.1. “Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida”, J2.2. “Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”, J3.1. “concebe e implementa programas e treino motor e cardio-respiratório” e J3.2 “Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados”.

Ao nível dos **padrões de qualidade dos cuidados do EEER** (OE, 2015B), verificou-se a satisfação do cliente, através da discussão e análise com a família sobre o processo de reabilitação, com impacto no programa de reabilitação do Sr. A. C., associado à questão motivacional, a promoção da saúde, através do uso de estratégias que estimulem o máximo potencial das pessoas, a prevenção de complicações, através de estratégias que minimizem o risco de alterações disfuncionais e limitações da atividade e, concretamente no caso das meninas

gêmeas, prevenindo o seu reinternamento por complicações a nível respiratório, o bem-estar e o AC, desenvolvendo estratégias promotoras de independência e qualidade de vida, e a reeducação e readaptação funcional, através da gestão dos recursos disponíveis para maximizar as capacidades da pessoa/família.

Relativamente aos **DD** (Joint Quality Initiative, 2004), procurei aprofundar conhecimentos e capacidades de compreensão na área da reabilitação pediátrica, na RFR, entre outras áreas, e aplicar o que adquiri na minha prática de cuidados, envolvendo a pessoa e família no processo. Trabalhei as minhas capacidades de julgamento e tomada de decisão, integrando conhecimentos na resolução de situações, transmitindo o meu parecer a outros elementos da equipa e profissionais de outras áreas, no sentido de uma melhor gestão e continuidade de cuidados. A capacidade de comunicação está aqui refletida, tanto na abordagem às meninas gêmeas como na transmissão do meu raciocínio à equipa de enfermagem, a outros profissionais e às pessoas/famílias que acompanhei.

3. AVALIAÇÃO

O presente relatório resulta dum percurso trabalhoso de procura de conhecimentos sobre o funcionamento cognitivo, das implicações que uma LCA pode trazer e da forma como o nosso cérebro reage perante e após essa lesão. Para mim não foi fácil, e continua a não ser, integrar o conhecimento sobre a forma complexa como o nosso cérebro opera e transpô-lo para a intervenção. Ainda assim, posso afirmar que tive a oportunidade não só de trabalhar com pessoas com alterações cognitivas por LCA como ter conseguido contribuir para a sua readaptação funcional.

No ensino clínico em contexto hospitalar, o caso mais marcante foi o da Sra. A., que apresentava défices cognitivos cumulativos, levando a um estadio de dependência máxima, constituindo um enorme desafio para a minha intervenção. Lembro-me de pensar que precisava de encontrar um “ponto de partida”, um ponto forte nas características psicológicas e cognitivas da doente onde me pudesse apoiar para a motivar e trabalhar os processos cognitivos afetados. A principal dificuldade foi trabalhar com a doente sem usar exercícios de papel e lápis. Esta recusava todos os testes neuropsicológicos, exercícios de atenção e memória, e só após algum contacto é que percebi que o AC podia ser o caminho. Trabalhar os DE, o enriquecimento do ambiente e a minha própria abordagem ao AC, foi trabalhoso e envolveu erros que fui corrigindo, reformulando a minha intervenção e adequando os meus objetivos também, mas penso ter conseguido resultados bastante positivos para a Sra. A..

Acredito ter contribuído para minimizar a dependência, e promovido o bem-estar, funcionalidade e satisfação. Satisfação não só da doente, mas também da família, através do seu envolvimento, instrução no sentido de uma preparação para a alta. De um modo geral, as experiências que compuseram o ensino clínico em contexto hospitalar suscitaram a procura de novas áreas de interesse, o desenvolvimento de formas de intervir inovadoras para mim e que pude aplicar em benefício das pessoas que cuidei e da equipa de enfermagem que me acolheu.

Este processo é um continuum, exige um estado de alerta permanente, na procura da qualidade do exercício profissional em contextos desafiantes, por vezes complexos, que exigem a tomada de decisões com base nos princípios da profissão e assumindo a responsabilidade ética e social que esta acarreta. O desenvolvimento destes conhecimentos e capacidades encontra-se em linha com as competências definidas pela OE (2010a, 2010b) para o EEER e também com os DD definidos para

o 2º ciclo (Joint Quality Initiative, 2004), permitindo-me trabalhar no sentido de atingir os padrões de qualidade dos cuidados de ER (OE, 2015B).

Das experiências provenientes do ensino clínico na comunidade, pude extrair uma maior perceção da necessidade de cuidados de reabilitação sentida pela nossa comunidade, e das limitações à implementação dos mesmos com que os EEER se deparam diariamente. Ainda assim, não sinto que se deixe de prestar cuidados de qualidade, apenas exige um exercício maior de adequação dos profissionais ao contexto. Intervir em certas condições pode ser desafiante, mas é igualmente gratificante e tem um impacto extraordinário para a pessoa/família que cuidamos.

A questão dos cuidadores e a reorganização familiar que isso implica leva muitas vezes à exaustão e sobrecarga. Toda a participação que possamos ter no sentido de prevenir complicações e promover a funcionalidade são encaradas como grandes conquistas pelas famílias. No decorrer do ensino clínico, pude experienciar esse impacto e contribuir para tal. Intervim em contexto de treino sensoriomotor, na prevenção de complicações respiratórias, estimulação dos processos cognitivos e na promoção de ambientes mais acessíveis e funcionais, através de aconselhamento de modificações do domicílio e recurso a ajudas técnicas, quando necessário.

Intervim face a diferentes necessidades e em distintas fases do programa de reabilitação. No início as expectativas tendem a ser elevadas, é necessário estabelecer uma relação com a família que permita uma comunicação clara e a definição de objetivos concretos. As famílias ditam as prioridades e cabe ao EEER gerir a intervenção a partir daí. Já a fase final do processo de reabilitação exige uma gestão do EEER na preparação da família para o término das consultas domiciliárias. Apesar do objetivo primordial do EEER ser a promoção da independência, inadvertidamente acabam por se criar rotinas reconfortantes para as famílias, o que dificulta o momento de cessação, em que os objetivos são atingidos ou se constata que existe uma resposta eficaz na supressão das necessidades sentidas. Esta capacidade de tomada de decisão e comunicação assertiva, incluídas nos DD (Joint Quality Initiative, 2004), são desafiantes quando existem casos com uma carga emocional forte que não pode ser ignorada.

Estas experiências permitiram-me desenvolver habilidades para aplicar conhecimentos e compreender e resolver/atenuar vários problemas vivenciados pelas famílias, desenvolvendo competências no âmbito da elaboração e implementação de

programas de treino das AVD que visem a promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social, com consequente maximização da autonomia e qualidade de vida, tal como preconizado pela OE nas competências específicas de EEER (OE, 2010b).

O estágio de observação no serviço de RFR permitiu-me obter uma melhor perspetiva do que pode ser a intervenção do EEER no contexto da reabilitação da pessoa com problemas respiratórios, no sentido de aprimorar as competências desenvolvidas de acordo com o preconizado pela OE (2010b). Tratou-se duma resposta a uma limitação sentida e discutida em contexto de orientação tutorial que me permitiu não só consolidar conhecimentos acerca das limitações provenientes de afeções respiratórias, como concretizar formas de intervenção mais adequadas e eficazes, esclarecer raciocínios de atuação e aprimorar a minha capacidade de aplicar esses mesmos conhecimentos e raciocínios. Estas competências enquadram-se nos DD de qualificação para o 2º ciclo (Joint Quality Initiative, 2004).

Trabalhar em equipa envolve partilha e foi o que procurei fomentar ao longo do meu processo de aprendizagem: ouvir, observar, participar, intervir e partilhar conhecimentos, dificuldades, dúvidas e experiências. A integração nas diferentes equipas permitiu identificar aspetos a fortalecer e trabalhá-los, a nível individual e com as equipas. Todas as atividades de formação que desenvolvi - a formação no serviço de neurocirurgia, a apresentação do póster no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação, e o guia de intervenção na atenção que desenvolvi em contexto de ensino clínico na ECCI, - foram iniciativas de partilha, no sentido de me desenvolver como futura EEER e de contribuir para a formação contínua das equipas e melhoria na qualidade dos cuidados prestados nos diversos contextos da nossa intervenção, tal como preconizado nas competências comuns do EE (OE, 2010a).

Para tal, necessitei desenvolver competências de comunicação que me permitissem, em primeiro lugar, aprender e, em segundo, passar a mensagem que me propus transmitir. Acredito que, cada vez mais, interlocutores como são exemplo as pessoas que cuidamos e familiares exigem de nós, enfermeiros, respostas mais completas, qualificadas e claras, que promovam autonomia numa tomada de decisão informada e consciente. Por outro lado, num contexto em que as ciências estão em constante evolução, as equipas se renovam e procuramos visibilidade e reconhecimento da nossa intervenção, quero acreditar que somos progressivamente mais ávidos de conhecimento e inovação. Portanto, procurei desenvolver

competências para me assumir como elemento diferenciado e de liderança, e praticar uma comunicação eficiente, pois acredito ser não só um requisito preconizado pelas competências definidas pela OE (2010) como uma responsabilidade do EEER.

As competências de autoaprendizagem, preconizadas nos DD (Joint Quality Initiative, 2004) estão, a meu ver, presentes nas atividades realizadas. A procura e partilha de conhecimentos são instrumentos base para a aprendizagem ao longo do percurso profissional e, através do conhecimento adquirido, obtive uma melhor noção do desconhecimento, da variedade de caminhos que posso seguir e do impacto que percorrer esses caminhos pode ter na minha identidade profissional e na contribuição para as equipas que integro.

Além disso, a reabilitação de processos cognitivos foi ainda pouco trabalhada pela disciplina de enfermagem, havendo necessidade dum maior investimento neste sentido, tanto formativo como na criação de instrumentos de avaliação próprios que se adequem ao nosso contexto de intervenção. A abordagem ao AC, trabalhada pelo EEER por excelência, na pessoa com alterações cognitivas, é um desafio, mas também uma necessidade cada vez mais premente. Não só pela incidência elevada de LCA mas também pelo aumento da sobrevida destas pessoas e do impacto esmagador que alterações cognitivas podem ter na sua qualidade de vida.

Através de atividades na área da formação das equipas que integrei, pretendi contribuir para o desenvolvimento de práticas mais fundamentadas, de melhor qualidade e, por conseguinte, com benefício para as pessoas com alterações cognitivas que todos os dias enfrentam um mundo que pode, em muitos aspetos, ser melhorado pela nossa ação.

Acredito ser preciso trabalhar no objetivo de explorar novas formas de intervenção do EEER, pois a evidência que produzimos é escassa, ainda que acredite que, na prática, produzamos resultados bastante positivos. Este facto constituiu uma das dificuldades desde a fase de projeto até à elaboração do presente relatório. É importante aceder a experiências e conhecimento produzido na nossa área, pelo que encaro como um desafio futuro poder explorar melhor este tema e aplicá-lo na minha prática de forma sistematizada, retirando evidência que possa ser partilhada e levar à procura de práticas inovadoras na intervenção do EEER.

CONCLUSÃO

Este relatório espelha um esforço a vários níveis na procura do investimento pessoal na formação, numa prática profissional de qualidade e com contributo positivo para as pessoas que cuido. É interessante olhar para trás e perceber que aprendi muito e, simultaneamente, me apoderei de uma sensação de desconhecido e incerteza que, a meu ver, provém da ínfima parcela que começo a conhecer acerca da cognição e do funcionamento cerebral em interação com o mundo.

É com agrado que concluo ter desenvolvido conhecimentos e capacidades para intervir na resposta aos objetivos estipulados. Abordar o AC na pessoa com alterações cognitivas foi, simultaneamente, um desafio e uma vitória. Perceber que o AC pode ser tanto um objetivo da intervenção como um recurso do EEER para trabalhar a cognição foi crucial para o meu percurso. Desenvolver os DE, perceber como introduzi-los na minha prática de forma a facilitar o processo cognitivo, traduziu-se em aprendizagens que não antecipei na fase de projeto, mas que foram determinantes.

Houveram também aspetos menos trabalhados que outros. Um exemplo é a estimulação sensorial em pessoas com alteração do estado de consciência. A experiência que tive permitiu-me perceber em traços gerais como pode ser implementada e desenvolver algumas estratégias de intervenção e avaliação, mas gostaria de, futuramente, poder explorar melhor esta intervenção.

O ensino clínico permitiu-me usufruir de experiências também noutros campos de atuação do EEER: o treino sensoriomotor, de AVD, a RFR - destaco a oportunidade de intervir no contexto pediátrico e do estágio de observação que realizei num serviço especializado -, prevenir complicações advindas da imobilidade, promover a reinserção social, trabalhar aspetos como a motivação, conhecer e aprender a gerir recursos disponíveis, trabalhar em parceria com diferentes estruturas familiares e ambientes (minimizando barreiras à acessibilidade) e retirar daí o melhor contributo para a promoção da saúde, satisfação do cliente e maximização da funcionalidade.

As *guidelines* sobre a reabilitação das funções cognitivas têm incidido, particularmente, sobre a importância de estas serem trabalhadas no âmbito da funcionalidade. Como futura EEER, faz-me todo o sentido que adotemos o AC e o treino das AVD na abordagem aos problemas cognitivos, à sua restituição e/ou compensação. Tal como Orem defende, a nossa formação permite-nos ter domínio sobre as questões do AC e trabalhá-las com a pessoa. Precisamos investir também

mais sobre o domínio da neuro plasticidade e dos processos cognitivos para que consigamos trabalhá-los de forma efetiva e promotora de funcionalidade.

Neste relatório, abordo uma forma de intervenção ainda pouco trabalhada pela nossa área. É necessário criar instrumentos de avaliação das funções cognitivas que estejam direcionados para o âmbito da nossa intervenção, desenvolver mais estratégias para treinar o vestir/despir, não só na pessoa com hemiparésia, por exemplo, mas também na pessoa com apraxia do vestir, ou na pessoa com alteração visuoespacial, ou com dificuldade na sequenciação da tarefa. Considero que o contributo deste trabalho para o avanço da enfermagem é sensibilizar para a necessidade de trabalharmos a cognição no âmbito da funcionalidade, incluirmos as funções cognitivas na nossa avaliação e intervenção diária e, com isso produzir conhecimento, evidência, que possa ser estudada e aprimorada por todos.

No meu contexto profissional, contacto com pessoas com AVC/TCE, em que é comum a dependência dever-se a aspetos cognitivos. Hoje a minha intervenção é diferente: avalio alterações que antes me passavam despercebidas, sendo capaz de identificar défices e intervir de forma direcionada. Além disso, quando abordo estas questões em equipa, partilham-se dúvidas e experiências, desenvolvendo-se estratégias em equipa para promover a continuidade nos cuidados.

Numa perspetiva futura, assumo uma responsabilidade acrescida sobre a equipa que integro. Se conheço um pouco mais sobre determinado tema, se avaliei determinados sinais/comportamentos na pessoa, se tenho a experiência de intervir em determinada situação, então tenho o dever de o partilhar com a equipa com quem trabalho. Por tudo isto, considero que as competências desenvolvidas me permitiram uma visão um pouco mais ampla sobre o cuidar em reabilitação, tornando o papel como EEER no meu local de trabalho tanto de elemento que partilha e fomenta conhecimento, como aquele que presta um cuidado diferenciado em reabilitação.

Neste sentido, um dos desafios é realizar formação em serviço, contribuindo para uma prática mais eficiente na readaptação funcional da pessoa com alterações cognitivas. Um outro é tentar aplicar de forma sistematizada os DE no âmbito do AC e desenvolver um método para a avaliação das alterações cognitivas nesse contexto. A meu ver, a sensibilização, partilha de conhecimentos e procura de inovação na prática dos cuidados em reabilitação da pessoa com alterações cognitivas é o maior contributo, como futura EEER, para a melhoria dos cuidados em enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

- Bamford, J., Sandercock, P., Dennis, M., Burn, J. & Warlow, C. (1991), Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction. *The Lancet*, 337, pp. 1521-26. Acedido em: 30-03-2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/21481142>.
- Barulli, D. & Stern, Y. (2013). Efficiency, capacity, compensation, maintenance, plasticity: emerging concepts in cognitive reserve. *Trends in cognitive sciences*, 17(10), 502-600. DOI: 10.1016/j.tics.2013.08.012.
- Baroncelli, L., Braschi, C., Spolidoro, M., Sale, A. & Maffei, L. (2010). Nurturing brain plasticity: impact of environmental enrichment. *Cell Death and Differentiation*, 17(7), 1092-1103. DOI: 10.1038/cdd.2009.193.
- Blakemore, S.J. & Frith, U. (2009). *O cérebro que aprende lições para a educação*. Lisboa: Gradiva.
- Bear, M. F., Connors, B. W. & Paradiso, M. A. (2008). *Neurociências: Desvendando o Sistema Nervoso*. (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed
- Bertens, D., Fasotti, L., Boelen, D.H. & Kessels, R. P. (2016). Moderators, Mediators, and Nonspecific Predictors of Treatment Outcome in an Intervention for Everyday Task Improvement in Persons With Executive Deficits After Brain Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(1), 97-103. DOI: 10.1016/j.apmr.2015.07.021.
- Borella, M. & Sacchelli, T. (2009). Os efeitos da prática de atividades motoras sobre a neuroplasticidade. *Revista Neurociências*, 17(2), 161-9. Acedido em 08/05/2017. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2009/RN%2017%2002/14.pdf>
- Branco, P. S. (2016). Equipa de Reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 25-34). Loures: Lusodidacta.
- Caldas, A. C. (1999). *A Herança de Franz Joseph Gall - O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Amadora: McGraw Hill editora.
- Caldas, A. C. (2008). *Viagem ao Cérebro e algumas das suas competências*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Castro, A. T., Silva, S. F. & Palhau, L. (2009). Cinesiterapia Respiratória na

Bronquiolite Aguda. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 17(1), 33-38. Acedido em: 03-01-2018. Disponível em: <https://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/view/58/63>.

- Céspedes, J. M. M. & Ustárriz, J.T. (2008). *Rehabilitación neuropsicológica*. Madrid: Síntesis.
- Cheng, J. P., Shaw, K. E., Monaco, C. M., Hoffman, A. N., Sozda, C. N., Olsen, A. S. & Kline¹, A. E. (2012). A Relatively Brief Exposure to Environmental Enrichment after Experimental Traumatic Brain Injury Confers Long-Term Cognitive Benefits. *Journal Of Neurotrauma*, 29(17), 2684–2688. **DOI:** 10.1089/neu.2012.2560.
- Chung, C.S.Y., Pollock A., Campbell, T., Durward, B.R. & Hagen, S. (2013). Cognitive rehabilitation for executive dysfunction in adults with stroke or other adult non-progressive acquired brain damage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4 (8391). **DOI:** 10.1002/14651858.CD008391.pub2.
- Clark-Wilson, J., Giles G. M. & Baxter, D.M. (2014). Revisiting the Neurofunctional Approach: Conceptualizing the core components for the rehabilitation of everyday living skills. *Brain Injury*, 28(13-14), 1646-1656. **DOI:** 10.3109/02699052.2014.946449.
- Cristofori, I. & Levin, H. S. (2015). Traumatic brain injury and cognition. *Handbook of Clinical Neurology*, 128 (3), 579-611. **DOI:** 10.1016/B978-0-444-63521-1.00037-6.
- Damásio, A. (2010). *O livro da consciência: a construção de cérebro consciente*. Maia: Temas e Debates.
- Diego, A., Puig, S. & Navarro, X. (2013). A sensorimotor stimulation program for rehabilitation of chronic stroke patients. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 31(4), 361-371. **DOI:** 10.3233/RNN-120250.
- Doran, D.M. (2011). *Nursing Outcomes: The State of the Science*. (2ªed.). Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Ekman, L. L. (2004). *Neurociência: Fundamentos para a Reabilitação*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Ferro, J. & Pimentel, J. (2013). *Neurologia: Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. (2ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Fonseca, C. (2014). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de*

- idade, necessidades de cuidados de enfermagem*. Tese de Doutoramento. Disponível no RCAAP. http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/12196/1/ulsd069058_td_tese.pdf.
- Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 1*. Tese de mestrado. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/37382/1/Montreal%20Cognitive%20Assessment%20MoCA.pdf>
- Gerber, C. (2005). Understanding and managing coma stimulation. Are we doing everything we can?. *Critical Care Nursing*, 28(2), 94-108. Acedido em: 12-05-2017. Disponível em: <http://sci-hub.tw/10.1097/00002727-200504000-00002>.
- Gillen, G., Nilsen, D. M., Attridge, J., Banakos, E., Morgan, M., Winterbottom, L. & York, W. (2015). Effectiveness of Interventions to Improve Occupational Performance Of People With Cognitive Impairments After Stroke: an Evidence-Based Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 69(1), 1-13. **DOI:** 10.5014/ajot.2015.012138.
- Goldenberg, G., Daumüller, M. & Hagmann, S. (2001). Assessment and therapy of complex activities of daily living in apraxia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11 (2), 147–169. **DOI:**10.1080/09602010042000204.
- Gomes, B., Rocha, M. C., Martins, M. M. & Gonçalves, M. N. (orgs) (2014). *Investigação em Enfermagem de Reabilitação: Um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados*. Acedido em: 07-01-2018. Disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-898-98443-1-5.pdf.
- Gram, M. G., Gade, L., Wogensen, E., Mogensen, J. & Malá, H. (2015) Equal effects of typical environmental and specific social enrichment on posttraumatic cognitive functioning after fimbria-fornix transection in rats. *Brain Research*, 1629, 182–195. **DOI:** 10.1016/j.brainres.2015.10.019 0006-8993.
- Habib, M. (2003). *Bases Neurológicas dos Comportamentos*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Heilman, K.M., Watson, R.T. & Valenstein, E. (2000). Neglect and related disorders. *Seminars in Neurology*, 20(4), 463-470. **DOI:** 10.1055/s-2000-13179.
- Hoeman, S. P. (2008). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados esperados*. (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.

- Ince, P. (2001). Pathological correlates of late-onset dementia in a multicentre, community-based population in England and Wales. *The Lancet*, 357 (9251), 169 – 175. **DOI:** 10.1016/S0140-6736(00)03589-3.
- Johansson, B. B. (2012). Multisensory stimulation in stroke rehabilitation. *Frontiers in Human Neuroscience*, 60(6), 1-11. **DOI:** 10.3389/fnhum.2012.00060.
- Joint Quality Initiative (2004). Shared 'Dublin' descriptors for short cycle, second and third cycle awards
- Jones, H. R. (2006). *Neurologia de Netter*. Porto Alegre: Artmed.
- Kaewsriwong, S., Sukonthasarn, A., Wangsrikhun, S., Chanprasit, C. (2015 Mar). Sensory Stimulation Process and Cognitive Function among Persons with Traumatic Brain Injury: A Case Study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 19(1), 45-57. Acedido em: 27-05-2017. Disponível em: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/viewFile/18984/26330>.
- Kandratavicius, L., Monteiro, M. R., Romcy-Pereira, R. N., Arisi, G. M., Cairasco, N. G. & Leite, J.P. (2007 Jul). Neurogênese no Cérebro Adulto e na Condição Epiléptica. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 13(3), 119-123. Acedido em: 18-05-2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jecn/v13n3/a06v13n3.pdf>
- Kiser, L., Zasler, N. (2009). Residential design for real life rehabilitation. *NeuroRehabilitation*, 25, 219-227. **DOI:** 10.3233/NRE-2009-0518.
- Kolb, B. & Gibb, R. (2011). Brain Plasticity and Behaviour in The Developing Brain. *Journal Of the Canadien Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(4), 265-276. Acedido a 22-04-2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3222570/>.
- Langhorne, P., Bernhardt, J. & Kwakkel, G. (2011). Stroke Rehabilitation. *Lancet*, 377(9778), 1693-1702. **DOI:** 10.1016/S0140-6736(11)60325-5.
- Latado, V. (2016). A Criança com Necessidade de Cuidados de Reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 307-329). Loures: Lusodidacta.
- Lojo-Seoane, C., Facal, D., Juncos-Rabadán, O. (2017). Previene la actividad intelectual el deterioro cognitivo? Relaciones entre reserva cognitiva y deterioro cognitivo ligero. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 47(6), 270-278. **DOI:** 10.1016/j.regg.2012.02.006.

- Marques-Vieira, C., Amaral, T. & Pontífice-Sousa, P. (2016). Contributos para um Envelhecimento Ativo. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 525-534). Loures: Lusodidacta.
- Mathias, J.L. & Weaton, P. (2015). Contribution of brain or biological reserve and cognitive or neural reserve to outcome after TBI: a meta-analysis. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 55, 573-593. **DOI:** 10.1016/j.neubiorev.2015.06.001.
- McEwen, S. E., Donald, M., Dawson, D., Egan, M.Y., Hunt, A., Quant, S. ... Linkewich, E. (2015). A multi-faceted knowledge translation approach to support persons with stroke and cognitive impairment: evaluation protocol. *Implementation Science*, 10, 157-168. **DOI:** 10.1186/s13012-015-0346-6.
- Megha, M., Harpreet, S. & Nayeem, EZ. (2013). Effect of frequency of multimodal coma stimulation on the consciousness levels of traumatic brain injury comatose patients. *Brain Injury*, 27 (5), 570–577. **DOI:** 10.3109/02699052.2013.767937.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Morais, A. J. P. (2014). Adesão e Empowerment – que relação: análise e reflexão a partir de um estudo sobre a adesão à ventilação não-invasiva no domicílio. *Revista de Enfermagem Referência*. Suplemento ao nº 1, Série IV. Disponível em: https://www.esenfc.pt/event/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id_abstract=5985&id_event=128.
- Moore, K. S. (2013). A Systematic Review on the Neural Effects of Music on Emotion Regulation: Implications for Music Therapy Practice. *Journal of Music Therapy* 50 (3), 198-242. **DOI:** 10.1093/jmt/50.3.198.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa, 5 maio de 2010.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa, 20 outubro de 2010.
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Áreas de Investigação Prioritárias Para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.
- Pascual-Leone, A., Amedi, A., Fregni, F. & Merabet, L. B. (2005) The Plastic Human Brain Cortex. *Annual Reviewers Neuroscience*, 28, 377–401. **DOI:** 10.1146/annurev.neuro.27.070203.144216.
- Pestana, H. (2016). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação: Enquadramento. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 47-56). Loures: Lusodidacta.
- Petronilho, F.A.S. (2013). A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos - Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador. (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Pinto, V. M. (2011). Reconstrução mnésica do período de coma por traumatismo crânio encefálico. (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Pinto, V. M. (2014). Coma – Provocar a consciência num movimento espiral, Loures: Lusodidacta.
- Puggina & Silva (2015). Pacientes com desordem de consciência: respostas vitais, faciais e musculares frente música ou mensagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68 (1),102-10. **DOI:** 10.1590/0034-7167.2015680114p.
- Quinard, H., Heurteaux, C. & Ichai, C. (2015). Adult neurogenesis and brains remodelling after brain injury: From bench to bedside?. *Société française d'anesthésie et de réanimation*, 34(4), 239-245. **DOI:** 10.1016/j.accpm.2015.02.008.
- Rodrigues, A. C., Loureiro, M. A., & Caramelli, P. (2013). Long-term musical training may improve different forms of visual attention ability. *Brain and Cognition* 82, 229-235. **DOI:** 10.1016/j.bandc.2013.04.009.
- Santana, R. F., Rosa, T. B., Aquino, R. G., Alexandrino, S. A., Santos, G., L., A.

- & Lobato, H. A. (2016). Maintenance of functional capacity in cognitive stimulation subgroups. *Investigação e Educação em Enfermagem*, 34(3), 492-501. **DOI:** 10.17533/udea.iee.v34n3a08.
- Santos, M. E., Sousa L. & Castro-Caldas A. (2003). Epidemiologia dos traumatismos crânio-encefálicos em Portugal. In *Acta Médica Portuguesa*, 16, 71- 76 Nov. 2003. Lisboa.
- Santos, L. L. (2016). O Processo de Reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 307-329). Loures: Lusodidacta.
- Shin, Y.K., Chong, H.J., Kim, S.J. & Cho, S.R. (2015). Effect of Rhythmic Auditory Stimulation on Hemiplegic Gait Patterns. *Yonsei Medical Journal*, 56 (6), 17031713. **DOI:** 10.3349/ymj.2015.56.6.1703.
- Simões, J. (2011). *A Influência da Estimulação Auditiva na Pessoa em Coma*. Tese de doutoramento. Disponível em: http://sweet.ua.pt/lmtj/lmtj/simoes2006_2011/simoes2011.pdf.
- Sisto, F. F., Castro, N. R., Cecilio-Fernandes, D. & Silveira, F. J. (2010). Atenção Selectiva Visual e o Processo de Envelhecimento. *Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 10(3), 93-102. Acedido a 25-01- 2018. Disponível em: http://www.mackenzie.com.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Pos-Graduacao/Docs/Cadernos/caderno10/62118_10.pdf
- Sobral, M., Pestana, M. H., & Paúl, C. (2014). A importância da quantificação da reserva cognitiva. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 12, 51-58. Acedido em 11-12-2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n12/n12a07.pdf>.
- Sohlberg, M. M. & Mateer, C. A. (2011). *Reabilitação Cognitiva - Uma abordagem Neuropsicológica integrada*. São Paulo: Santos Editora.
- Stables, R. (2010). The silent epidemic of acquired brain injury. *Health matters*, 6(2), 110-11. Acedido em 08-05-2017. Disponível em: <http://content.yudu.com/A1o501/HealthMatters6.2/resources/index.htm>.
- Stern, Y. (2013). Cognitive Reserve: Implications for Assessment and Intervention. *Folia Phoniatica Logopaedica*, 65, 49–54. **DOI:** 10.1159/000353443.
- Stern, Y. (2009). Cognitive Reserve. *Neuropsychologia*, 47(10), 2015–2028. **DOI:** 10.1016/j.neuropsychologia.2009.03.004.

- Stern, Y. (2001). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8, 448–460. **DOI:** 10.1017.S1355617701020240.
- Union Européene de Médecins Spécialistes (2009). *Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação na Europa*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação.
- Takase, E. (2005). Neurociência do esporte e do exercício. *Revista Neurociências*, 2(5), 1-7. Acedido em 10-05-2017. Disponível em: <http://www.educacaocerebral.com/soft/takase.pdf>
- Tatemichi, T. K., Desmond, D. W., Stem, Y., Paik, M., Sano, M. & Bagiella, E. (1994). Cognitive impairment after stroke: frequency, patterns, and relationship to functional abilities. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 57, 202-207. Acedido em: 26-03-2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1072451/pdf/jnnpsyc00032-0074.pdf>.
- Teixeira, I. N. A. O. (2008). Cortical aging and neural reorganization following cerebral vascular accident (CVA): implications for rehabilitation. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2), 2171-2178. Acedido em: 18-05-2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a22>.
- Terroni, L. M. N., Fráguas, R., Lucia, M., Tinone, G., Mattos, P., Losifescu, D. V. & Scaf, M. (2009 Mai). Importance of retardation and fatigue/interest domains for the diagnosis of major depressive episode after stroke: a four months prospective study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(3), 202-207. Acedido a 20-05-2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31n3/a04v31n3.pdf>.
- Thomas, C. & Baker, C. I. (2013). Teaching an adult brain new tricks: A critical review of evidence for training-dependent structural plasticity in humans. *NeuroImage*, 73, 225-236. **DOI:** 10.1016/j.neuroimage.2012.03.069.
- Turner-Stokes L., Pick, A., Nair, A., Disler, P. B. & Wade, D. T. (2015). Multi-disciplinary Rehabilitation for Acquired Brain Injury in Adults of Working Age. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(CD004170). **DOI:** 10.1002/14651858.CD004170.pub3.
- Varanda, E. M. G. & Rodrigues, C. A. F. (2016). Reeducação Cognitiva em Enfermagem de Reabilitação: Recuperar o Bailado da Mente. In Marques-Vieira,

C. & Sousa, L. (Coord.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 215-226). Loures: Lusodidacta.

Varanda, E. M. G., Rodrigues, C. A. F. & Costa, A. J. A. (2015). Avaliação e Estimulação do Doente Com Alterações do Estado de Consciência. In Concurso Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros. Set. 2015. Almada.

Vaz, E. R. Fontes, S. V. & Fukujima, M. M. (1999). Testes para Detecção de Apraxias por Profissionais da Saúde. *Revista Neurociências*, 7(3), 136-139. Acedido em: 14/05/2016. Disponível em: <http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/1999/RN%2007%2003/Pages%20from%20RN%2007%2003-7.pdf>.

Yudofsky, S. & Hales, R. (2006). *Neuropsiquiatria e neurociências na prática clínica* (4ª ed.). São Paulo: Artmed Editora.

Walker, M. F., Sunderland, A., Fletcher-Smith, J., Drummond, A., Logan, P., Edmans, J. A. ... Taylor, J. L. (2011). The DRESS trial: a feasibility randomized controlled trial of a neuropsychological approach to dressing therapy for stroke inpatients. *Clinical Rehabilitation*, 26(8), 675-685. DOI: 10.1177/0269215511431089.

Whyte, E., Skidmore, E., Aizenstein, H., Ricker, J. & Butters, M. (2011). Cognitive Impairment in Acquired Brain Injury: A predictor of Rehabilitation Outcomes and an Opportunity for Novel Interventions. *American Academy Of Physical Medicine and Rehabilitation*. 3(6), 45-51. DOI: 10.1016/j.pmrj.2011.05.007.

Winstein, C. J., Stein, J. (Coord) (2016) Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare professionals. American Heart Association/ American Stroke Association. DOI: 10.1161/STR.0000000000000098.

World Health Organization (WHO). (2006). *Neurological disorders: public health challenges*. Acedido em 26-03-2017. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/neurology/chapter_3_b_neuro_disorders_public_h_challenges.pdf?ua=1.

ANEXOS E APÊNDICES

Anexo I - The Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

VERSÃO PORTUGUESA 7.3 – VERSÃO ALTERNATIVA

Nome: _____ Idade: _____

Gênero: _____ Data de Nascimento: _____

Escolaridade: _____ Data de Avaliação: _____

VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA		Pontos	
<p>Copiar o cilindro</p>	<p>Desenhar um Relógio (nove e dez) (3 pontos)</p>	<p>[] [] []</p> <p>Contorno Números Ponteiros</p>	<p>___/5</p>
<p>NOMEAÇÃO</p>		<p>[] [] []</p>	<p>___/3</p>
<p>MEMÓRIA</p> <p>Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-las. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde.</p>	<p>Barco Ovo Calças Sofá Roxo</p> <p>1º ensaio</p> <p>2º ensaio</p>	<p>Sem Pontuação</p>	
<p>ATENÇÃO</p> <p>Leia a sequência de números. (1 número/segundo)</p> <p>O sujeito deve repetir a sequência. [] 5 4 1 8 7</p> <p>O sujeito deve repetir a sequência na ordem inversa. [] 1 7 4</p>		<p>___/2</p>	
<p>Leia a série de letras (1 letra/segundo). O sujeito deve bater com a mão cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.</p> <p>[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFABBI</p>		<p>___/1</p>	
<p>Subtrair de 7 em 7 começando em 80. [] 73 [] 66 [] 59 [] 52 [] 45</p> <p>4 ou 5 subtrações correctas: 3 pontos; 2 ou 3 correctas: 2 pontos; 1 correcta: 1 ponto; 0 correctas: 0 pontos</p>		<p>___/3</p>	
<p>LINGUAGEM</p> <p>Repetir: Ela soube que o advogado dele meteu um processo após o acidente. []</p> <p>As meninas a quem deram muitos doce ficaram com dores de barriga. []</p>		<p>___/2</p>	
<p>Fluência verbal: Dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra "M" (1 minuto). [] _____ (N ≥ 11 Palavras)</p>		<p>___/1</p>	
<p>ABSTRACÇÃO</p> <p>Semelhança p.ex. entre banana e laranja = frutos [] olho - ouvido [] trompete - plano</p>		<p>___/2</p>	
<p>EVOCAÇÃO DIFERIDA</p> <p>Deve recordar as palavras SEM PISTAS</p>	<p>Barco [] Ovo [] Calças [] Sofá [] Roxo []</p>	<p>Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS</p>	<p>___/5</p>
<p>Opcional</p> <p>Pista de categoria</p> <p>Pista de escolha múltipla</p>			
<p>ORIENTAÇÃO</p> <p>[] Dia do mês [] Mês [] Ano [] Dia da semana [] Lugar [] Localidade</p>		<p>___/6</p>	
<p>Adapted by: Z. Nasreddine MD, N. Phillips PhD, H. Chertkow MD © Z. Nasreddine MD www.mocatest.org Examinador: _____</p>		<p>TOTAL</p>	<p>___/30</p>

Versão Portuguesa: Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 3. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Fonte: https://www.mocatest.org/wp-content/uploads/2015/tests-instructions/MoCA-Test-Portuguese_7.3.pdf

Anexo II – Functional Independence Measure

APELIDO _____ NOME _____
 _____ IDADE _____ SEXO _____ P.U.nº
 DIAGNÓSTICO _____

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

NÍVEIS	7 Independência completa(em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada(dispositivo)	SEM AJUDA																
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)	AJUDA																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SEMANAS OU MESES</th> <th>ANTES</th> <th>1M</th> <th></th> <th>4M</th> <th></th> <th>12M</th> <th></th> </tr> <tr> <th>DATA</th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> </table>	SEMANAS OU MESES	ANTES	1M		4M		12M		DATA								
SEMANAS OU MESES	ANTES	1M		4M		12M												
DATA																		
AUTO-CUIDADOS																		
A. Alimentação																		
B. Higiene pessoal																		
C. Banho																		
D. Vestir metade superior																		
E. Vestir metade inferior																		
F. Utilização da sanita																		
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES																		
G. Bexiga																		
H. Intestino																		
MOBILIDADE																		
TRANSFERÊNCIAS																		
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas																		
J. Sanita																		
K. Banheira, Duche																		
LOCOMOÇÃO																		
L. Marcha/Cadeira de Rodas																		
M. Escadas																		
COMUNICAÇÃO																		
N. Compreensão																		
O. Expressão																		
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR																		
P. Interação social																		
Q. Resolução dos problemas																		
R. Memória																		
TOTAL																		

NOTA: Não deixe nenhum item em branco, se não testável marque 1

NÍVEIS DE FUNÇÃO	Dependente - (com ajuda)				
	(é necessária outra pessoa para a supervisão ou ajuda física; sem esta, a actividade não se realiza)				
	DEPENDÊNCIA MODIFICADA - o sujeito realiza, pelo menos, 50% do esforço			DEPENDÊNCIA COMPLETA - o sujeito realiza <50% do esforço	
	5 SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO	4 AJUDA MÍNIMA	3 AJUDA MODERADA	2 AJUDA MÁXIMA	1 AJUDA TOTAL
	g) Só necessita controle, presença, sugestão ou encorajamento, sem contacto físico ou h) Ajudante prepara objectos necessários ou coloca prótese ou ortótese (ajuda técnica)	i) Contacto táctil Sujeito realiza >=75% do esforço ou das tarefas	j) Contacto táctil Sujeito realiza >= 50% <75% do esforço ou das tarefas	k) Sujeito realiza >= 25% < 50% do esforço ou das tarefas	l) Sujeito realiza < 25% do esforço ou das tarefas
AUTO-CUIDADOS	A ALIMENTAÇÃO	g) OU h) exº.: o ajudante abre recipiente, corta carne, barra manteiga, serve bebidas i) ...	j) ...	k) ...	l) ou usa gastrostomia ou alimentação parentérica que não administra por si
	B HIGIENE PESSOAL	g) OU h) exº.: o ajudante coloca pasta na escova ou abre previamente produtos de maquilhagem i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	C BANHO LAVAR CORPO	g) OU h) exº.: o ajudante prepara a água ou os utensílios de limpeza necessários i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	D VESTIR METADE SUP.	g) OU h) exº.: o ajudante prepara o vestuário ou coloca ortótese ou ajuda técnica i) ...	j) ...	k) ...	l) ...ou não é vestido
	E VESTIR METADE INF.	g) OU h) exº.: o ajudante prepara o vestuário ou coloca ortótese ou ajuda técnica i) ...	j) ...	k) ...	l) ...ou não é vestido
	F UTILIZAÇÃO DA SANITA	g) OU h) exº.: o ajudante aplica ajuda técnica ou abre embalagens. Ou necessita de ajuda para colocar protecção menstrual i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
CONTROLES/ESFÉRICAS	G BEBIDA	g) OU h) exº.: o ajudante coloca ou esvazia ou tem acidentes de incontinência (<=1x/mês) i) para manutenção de colector externo; ou acidente ocasional (<=1x/semana)	j) para manutenção de colector externo; ou acidente ocasional (<=1x/dia)	k) molha-se quase diária/ deve usar fralda haja ou não sonda ou colector	l) molha-se quase diária/ necessita sempre fralda haja ou não sonda ou colector
	H INTESTINO	g) OU h) exº.: o ajudante prepara equipamento para controle ou para manutenção de estoma; pode ter acidente ocasional (<=1x/mês) i) usa supositório ou clister ou ajuda técnica; ou pode ter acidente ocasional (<=1x/sem)	j) usa supositório ou clister ou ajuda técnica; ou pode ter acidente ocasional (<=1x/dia)	k) apesar da ajuda, está sujo quase diariamente haja ou não estoma.	l) apesar da ajuda, está sujo quase diária/; necessita de fralda com ou sem estoma.
MOBILIDADE/TRANSFERÊNCIAS	I LEITO/CADREIRA DE RODAS (CR)	g) OU h) exº.: o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc. i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	J SANITA	g) OU h) exº.: o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc. i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
	K BANHEIRA, DUCHE	g) OU h) exº.: o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc. i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
LOCOMOÇÃO	L MARCHA/ CAD. RODAS	5-Excepção: Sem Ajuda, deambula em casa, faz marcha, ou usa CR >=15m, c/ ou s/ auxiliar de marcha. 5-g) para percorrer >=45m (a fazer marcha ou com i) -para percorrer >=45m	j) -para percorrer >=45m	k) -para percorrer >=15m. Necessita de ajuda de 1 só pessoa	l) ou requer ajuda de 2 pessoas ou não faz marcha ou CR>=15m.
	M ESCADAS	5-Excepção: Sem Ajuda: em casa, sobe e desce 4 a 6 degraus, com ou sem auxiliar de marcha ou ajuda técnica. 5- g) para subir e descer 12-14 degraus i) -para subir e descer 12-14 degraus	j) -para subir e descer 12-14 degraus	k) -para subir e descer 4-6 degraus. Necessita de ajuda de 1 só pessoa	l) ou precisa ajuda de 2 pessoas ou não sobe nem desce 4-6 degraus; ou necessita ser transportado
COMUNICAÇÃO	N COMPREENSÃO	«Compreende conversa ou texto de necessidades quotidianas básicas» >90% das vezes; precisa ajuda <10% das vezes (conversa lenta, repetições, acentuação, pausas, orientação visual/ gestual) «...» (ver atrás) em 75-90% das vezes	«...» (ver atrás) em 50-74% das vezes	«...» 25-49% das vezes; pode só compreender questões ou afirmações simples	«...» <25% x; ou, apesar da ajuda, não entende questões simples ou não tem respostas adaptadas
	O EXPRESSÃO	Expressa necessidades e ideias essenciais da vida quotidiana >90% das vezes; necessita de ajuda <10% das vezes (exº repetição frequente) ... (ver atrás) em 75-90% das vezes	... (ver atrás) em 50-74% das vezes	... 25-49% x; pode só usar gestos ou palavras isoladas. Necessita de ajuda >50% das vezes	... <25% das vezes; ou não exprime as necessidades essenciais apropriadamente apesar da ajuda
CONCINÇÃO SOCIAL	P INTERACÇÃO SOCIAL	g) -Só sob situações de stress ou não familiares, mas <10% das vezes. Pode necessitar de encorajamento para iniciar a participação. Conduz-se apropriadamente em 75-90% das vezes	Interage apropriadamente em 50-74% das vezes	Conduz-se apropriada/ em 25-49% x. Pode necessitar restrição de contactos ou deslocamentos	Conduz-se apropriada/ em <25% x. Pode necessitar restrição de contactos ou deslocamentos
	Q RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	g) -para resolver problemas de rotina, mas só em situações de stress ou não familiares e <10% das vezes £ Resolve os problemas de rotina £, 75-90% das vezes	£...£ (ver atrás), em 50-74% das vezes	£...£ (ver atrás) 25-49% das vezes; pode necessitar de restrição de contactos por segurança	£...£ (ver atrás) <=25% das vezes; pode necessitar de restrição de contactos por segurança
	R MEMÓRIA	g) exº.: sugestão ou repetição, mas só em situações de stress ou não familiares e <10% das vezes Reconhece ou lembra-se em 75-90% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 50-74% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 25 a 49% das vezes. Tem necessidade de ajuda em <50% das vezes	Reconhece ou lembra-se em <25% das vezes ou não reconhece nem lembra

Fonte: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011.aspx>

Anexo III – Certificado de participação no Congresso Internacional de Enfermagem
de Reabilitação 2017



CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO 2017

30/11 - 2/12 | AXIS VERMAR CONFERENCE & BEACH HOTEL | PÓVOA DE VARZIM

ACESSIBILIDADE EM SAÚDE: GARANTIR QUALIDADE DE VIDA

Certifica-se que:

Catarina Magalhães Soares

esteve presente no **Congresso APER 2017**, que decorreu na Póvoa de Varzim de **30 de novembro a 2 de dezembro de 2017**, num total de 18 horas.

E apresentou:

Poster - WC Mais Acessível: adaptação à pessoa com alteração cognitiva

A Presidente da APER,

(Isabel Ribeiro)

Apêndice I – A função da linguagem e suas alterações após LCA

A Linguagem como função cognitiva

A linguagem define-se como o conjunto dos processos que permitem usar um código ou sistema convencional para representar conceitos ou comunicá-los, utilizando um conjunto de símbolos arbitrários e de combinação destes símbolos (Habib, 2003). Esta função está lateralizada no hemisfério cerebral esquerdo em 96% dos dextros e na maioria (76%) dos canhotos. O hemisfério direito limita-se à compreensão de palavras isoladas e aos aspetos emocionais do discurso. No hemisfério esquerdo, a linguagem organiza-se essencialmente à volta do Rego de Sylvius, nas partes postero-inferior do lobo frontal, parte posterior e superior do lobo temporal e lobo parietal inferior (Ferro & Pimentel, 2013).

Os autores ressaltam ainda a compreensão auditiva, a capacidade de repetição, de nomeação, a fluência do discurso e a capacidade de escrita e leitura como componentes da linguagem.

Alterações de Linguagem após LCA

Os circuitos da linguagem, quando lesados, podem desencadear afasias, isto é, a alteração/diminuição da capacidade de interpretar e formular símbolos de linguagem (Sohlberg & Mateer, 2011). Existem vários tipos de afasia, descritos na tabela abaixo (Yudofsky & Hales, 2006, p. 481):

Síndrome de afasia	Fluência	Compreensão auditiva	Repetição	Nomeação	Leitura	Compreensão da escrita
Broca	Anormal	Relativamente normal	Anormal	Anormal	Anormal / normal	Anormal
Wernicke	Normal, parafásica	Anormal	Anormal	Anormal	Anormal	Anormal
Global	Anormal	Relativamente normal	Anormal	Anormal	Anormal	Anormal
Condução	Normal, parafásica	Relativamente normal	Anormal	Geralmente Anormal	Relativamente normal	Anormal
Transcortical motora	Anormal	Relativamente normal	Relativamente normal	Anormal	Relativamente normal	Anormal
Transcortical sensorial	Normal, ecológica	Anormal	Relativamente normal	Anormal	Anormal	Anormal
Anômica	Normal	Relativamente normal	Normal	Anormal	Anormal / normal	Anormal / normal

Fonte: Yudofsky, S., & Hales, R. (2006). *Neuropsiquiatria e neurociências na prática clínica* (4ª ed.) São Paulo: Artmed Editora.

As afasias estão associadas não só às alterações no conteúdo e forma da linguagem, mas também a processos cognitivos subjacentes, como a memória e a percepção. Por outro lado, também pode ser encontrado, sobretudo em lesões frontais, alteração da produção da fala como consequência de alteração da atenção, memória ou funções executivas, e relacionam-se com o processamento do discurso, que envolve as habilidades linguísticas e cognitivas (Sohlberg & Mateer, 2011).

Apêndice II – Processos de Neuro Plasticidade e implicações em Reabilitação

Processos de Neuro Plasticidade		Implicações na Reabilitação
Teoria	Descrição do processo	Intervenções do EEER
Diáskise	Ocorre uma interrupção temporária da integração neuronal e os efeitos do edema, por exemplo, provocam uma supressão da atividade em áreas distantes ao local da lesão, que reverterem favoravelmente após reabsorção do edema	Treino Motor, com recurso a imagem motora e treino com espelho Estimulação sensoriomotora Promoção de um Ambiente Enriquecido Regulação sensorial
Hipersensibilidade de denervação	Os axónios e os terminais sinápticos degeneram após a lesão e as regiões denervadas desenvolvem uma resposta pós sináptica aumentada aos neurotransmissores	
Redundância	Algumas regiões do SNC podem desempenhar a mesma função, de forma que uma região do sistema poderia mediar adequadamente a função comprometida	
Equipotencialismo	Uma função específica pode ser mediada por todos os tecidos de uma determinada região e, ocorrendo lesão em parte dessa região, o tecido íntegro remanescente continua a mediar a mesma função, sendo o efeito da lesão mais dependente da quantidade de tecido intacto do que da recuperação da lesão	
Função Vicariante	As regiões íntegras do SNC estão latentes num estado de prontidão para serem “ativadas” e assumirem as funções comprometidas	

Reorganização funcional	O sistema neuronal pode mudar qualitativamente as suas funções, pois existe uma via neuronal que assume o controlo de funções que, sem ocorrência de lesão, não fariam parte do seu “repertório”	Treino de Atenção
Desenvolvimento neuronal e Neurogénese	Através de: (1) regeneração dos axónios dos neurónios lesados que fazem o processo de enervação das áreas denervadas; (2) crescimento colateral ou de neurónios íntegros adjacentes ao tecido neuronal lesado, resultando no aumento da efetividade sináptica e substituição das sinapses não efetivas	Treino de Memória
Alteração da estratégia comportamental	Através da substituição da estratégia utilizada para atingir o objetivo, podendo envolver o uso de informações sensoriais diferentes para orientar o movimento, ou ainda, substituições funcionais nas quais os movimentos recuperados são realizados de maneira diferente, evitando os movimentos comprometidos	Promoção e facilitação de processos de Aprendizagem

Apêndice III – Reserva Cerebral e Cognitiva

Reserva Cerebral e Cognitiva

O conceito de **Reserva** surgiu na tentativa de explicar um fenómeno empiricamente constatado na prática clínica e documentado na literatura de inexistência de uma relação direta entre o grau de lesão cerebral e a manifestação clínica observada (Stern, 2009). Foram reportados casos de pessoas que, no estudo pós-morte, apresentavam alterações histopatológicas compatíveis com Doença de Alzheimer em fase avançada, sem nunca terem demonstrado alterações cognitivas ou funcionais durante a vida (Ince, 2001). Surge, assim, a hipótese de que, na base desta dissociação entre estrutura e função cerebral, residem fatores específicos individuais que, de alguma forma, oferecem proteção contra os efeitos clínicos da lesão cerebral. Na prática, cada pessoa possui uma reserva que pode proteger contra os efeitos nocivos de uma lesão cerebral, sendo que quanto mais consistente for, maior o efeito protetor (Stern, 2001).

Inicialmente, pensava-se serem características morfológicas, como um volume cerebral ou um maior número de neurónios, que determinavam a reserva. Esta linha de pensamento deu origem ao conceito de **Reserva Cerebral** (RCE), sendo este modelo defensor de que cérebros maiores conseguem sustentar uma lesão cerebral mais grave, antes do aparecimento de manifestações clínicas, uma vez que têm mais substrato neuronal para se defenderem. Contudo, hoje sabe-se que não é tão linear a relação entre o tamanho da massa cerebral e o impacto de lesões (Stern, 2013).

O modelo de **Reserva Cognitiva** (RC) explica que diferenças individuais ao nível do processamento cognitivo e da capacidade de reestruturação da atividade neuronal levam a que algumas pessoas consigam recuperar melhor de uma lesão cerebral do que outras. Traduz-se na habilidade para otimizar ou maximizar a performance através do recrutamento diferencial de redes neuronais, que pode ser reflexo do uso de estratégias cognitivas alternativas. Mediante a instalação de uma condição patológica, a RC permite fazer uma utilização flexível e eficiente da RCE, na tentativa de manter o funcionamento cognitivo a um alto nível de eficácia (Stern, 2001).

Stern (2013) definiu RC como a capacidade de ativação progressiva das redes neuronais em resposta às necessidades crescentes do cérebro adulto, para minimizar as manifestações clínicas de um processo neurodegenerativo. Já Lojo-Seoane, Facal & Juncos-Rabadán, (2017) definem RC como a adaptação do cérebro a uma situação

de dificuldade acrescida, utilizando recursos cognitivos preexistentes de processamento, ou de compensação, mediante a ativação de novas redes neuronais. Defende-se que a RC tem impacto tanto na extensão inicial da lesão como nas sequelas residuais ao longo do tempo (Stern, 2001).

Contudo, e apesar deste sistema alternativo poder ser menos eficaz que o previamente utilizado na realização de uma tarefa, sem essa ativação compensatória, a tarefa torna-se impossível. Possivelmente, estes desafios despoletam alterações cerebrais, traduzindo-se em processos de neuro plasticidade. São, portanto, usados mecanismos com base processual, mais do que com base em conhecimento. Como exemplo, é expectável que o recurso usado seja a memória de trabalho e não tanto uma mnemónica (Barulli & Stern, 2013).

Assim, Stern (2001) defende que elevados níveis de inteligência, educação e atividade ocupacional são bons preditores de resiliência à lesão cerebral, retardando défices na funcionalidade. Concretamente, acredita-se que uma pessoa com lesão ou patologia neurológica pode iniciar sintomatologia clínica quando as sinapses se resumem a um número particular, enquanto que uma pessoa com uma RC maior pode manter níveis eficazes de funcionalidade com o mesmo número de sinapses.

Defende-se também que determinados fatores podem estar associados a benefícios cognitivos durante a idade adulta, tais como o exercício físico, o compromisso social e o intelectual (Lojo-Seoane, Facal & Juncos-Rabadán, 2017). Os autores defendem que um meio ambiente enriquecido com atividades de estimulação cognitiva e física podem ter efeitos a nível molecular, celular e comportamental, convertendo-se em mecanismos facilitadores de uma maior Reserva.

Um estudo no âmbito da LCA (traumática), desenvolvido por Mathias & Wheaton (2015), indica que, tendo em conta o normal processo de envelhecimento, os recursos biológicos e cognitivos disponíveis diminuem, o que tem impacto negativo nos ganhos a nível da funcionalidade após a LCA. Os autores defendem que um elevado grau de educação/formação e um elevado QI pré mórbido é preditor de ganhos na funcionalidade após uma lesão traumática.

Deste estudo conclui-se que a Reserva tem impacto no substrato neuronal e nos sistemas cognitivos sobre os quais o traumatismo é sobreposto, afetando a quantidade dos recursos disponíveis por parte da pessoa após uma lesão traumática e, conseqüentemente, a tradução da lesão em problemas concretos. Como tal, torna-

se pertinente investir na promoção de uma vida ativa, independentemente da idade, pois variados fatores modificáveis parecem afetar a construção da RC e consequente proteção contra lesões cerebrais (Sobral, Pestana & Paúl, 2014).

Um estudo realizado por enfermeiros no sentido de avaliar o impacto de sessões de estimulação cognitiva em pessoas idosas concluiu que a realização de atividades de estimulação cognitiva são eficazes na manutenção da capacidade funcional e, quando realizadas em grupo, substancialmente eficazes na promoção da socialização e saúde em geral. A intervenção neste âmbito permite detetar precocemente e/ou monitorizar o declínio cognitivo, minimizar alterações de memória e sintomas de depressão e promover a manutenção de independência (Santana, Rosa, Aquino, Alexandrino, Santos & Lobato, 2016).

Estes factos suportam ainda o investimento na promoção de um ambiente enriquecido, isolado ou em combinação com outros métodos terapêuticos. A regulação sensorial e a manutenção de um ambiente enriquecido e estimulante cognitivamente coadunam com uma abordagem neuro funcional, para a reabilitação da pessoa com alterações cognitivas decorrentes de LCA. Estas estratégias podem ser implementadas como forma de promover a reabilitação cognitiva e funcional com impacto na qualidade de vida da pessoa com LCA e sua família. Por outro lado, pode também servir de alerta para importância da atuação do EEER na prevenção do declínio cognitivo, especialmente na população idosa.

Apêndice IV – Tabela de Avaliação Neurológica

Avaliação Neurológica

Nome: _____

Data: _____

Parâmetros a avaliar	Avaliação	Resultados
Consciência (acordado/sonolento/estupor/coma)	- ECG	
Orientação (alo e autopsíquica)		
Atenção (seletiva/focada/dividida/alternada) Manifestação: Espaço, Sensorial, Alo/ Egocêntrico)	- Prova de Barragem - Prova do Relógio - Trail Making Test - Cópia de Desenhos	
Memória (imediata/de trabalho/declarativa- episódica e semântica)	- Sequência de 3 palavras (repetir após 3-5min.) - Inverter sequência 3-6 números;	
Comportamento		
Conhecimento (Agnosia Visual/Auditiva/Estereognosia)	- Identificar objeto no campo visual homo e contralateral - distinguir sons no espaço homo e contralateral - identificar objeto pelo toque e manipulação	
Linguagem	- normal: 50 palavras p/minuto (pausas anômicas?) - testar ordens simples e complexas	

(fluência/compreensão auditiva/ Nomeação/ Repetição/ Escrita/ Leitura)	<ul style="list-style-type: none"> - nomear objetos (podem ocorrer pausas, estereótipos, perseveração, circunlóquios, parafasias, neologismos) - prova de repetição de palavras (simples e depois mais complexas) - avaliar seleção e sequenciação de letras e construção de frases - avaliar capacidade de leitura (letras, palavras e textos) e compreensão do seu conteúdo; 	
Funções Práticas (A. Bucofacial, cinética, ideomotora, ideacional, construtiva, de vestir, verbomotora (calosa), da marcha-base de sustentação e oscilação pélvica)	<ul style="list-style-type: none"> - avaliar o posicionamento e orientação espacial do objeto ou parte do corpo envolvida, a sequenciação do movimento e o uso da mão em substituição do objeto; - pedir para assobiar, sugar por uma palhinha, soprar ou dar um beijo; - pedir para executar gestos simbólicos e icônicos, transitivos e intransitivos (indicações verbais, seguidas do gesto para testar imitação e finalmente através da manipulação do objeto); 	
Funções Executivas (iniciativa, decisão, planeamento e monitorização, controlo inibitório, flexibilidade mental, abstração) Síndrome dorsolateral/ Orbitofrontal/ mesofrontal	<ul style="list-style-type: none"> - TMT / MOCA - Desempenho nas AVD - Testar a iniciativa pedindo que diga nomes de animais que se lembre; - Testar a decisão pedindo que escolha entre --- - Testar o planeamento através da construção de um modelo tridimensional segundo certas regras; - Testar a inibição através da leitura de palavras, por exemplo; - Testar a abstração através da interpretação de provérbios; 	

Força Muscular	<div>Anexo 1. Escala de Avaliação da Força muscular (MRC-Medical Research Council)²⁰.</div> <table><tr><td>0</td><td>Não se percebe nenhuma contração</td></tr><tr><td>1</td><td>Traço de contração, sem produção de movimento</td></tr><tr><td>2</td><td>Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade</td></tr><tr><td>3</td><td>Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional</td></tr><tr><td>4</td><td>Realiza movimento contra a resistência externa moderada e gravidade</td></tr><tr><td>5</td><td>É capaz de superar maior quantidade de resistência que no nível anterior</td></tr></table>	0	Não se percebe nenhuma contração	1	Traço de contração, sem produção de movimento	2	Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade	3	Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional	4	Realiza movimento contra a resistência externa moderada e gravidade	5	É capaz de superar maior quantidade de resistência que no nível anterior			
0	Não se percebe nenhuma contração															
1	Traço de contração, sem produção de movimento															
2	Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade															
3	Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional															
4	Realiza movimento contra a resistência externa moderada e gravidade															
5	É capaz de superar maior quantidade de resistência que no nível anterior															
Tônus Muscular	<div>Quadro 1 - Escala de Ashworth modificada</div> <table><tr><th>Grau</th><th>Observação clínica</th></tr><tr><td>0</td><td>Tônus normal.</td></tr><tr><td>1</td><td>Aumento do tônus no início ou no final do arco de movimento.</td></tr><tr><td>1 +</td><td>Aumento do tônus em menos da metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido por resistência mínima.</td></tr><tr><td>2</td><td>Aumento do tônus em mais da metade do arco de movimento.</td></tr><tr><td>3</td><td>Partes em flexão ou extensão e movidos com dificuldade.</td></tr><tr><td>4</td><td>Partes rígidas em flexão ou extensão.</td></tr></table> <div>Fonte: Dados da pesquisa.</div>	Grau	Observação clínica	0	Tônus normal.	1	Aumento do tônus no início ou no final do arco de movimento.	1 +	Aumento do tônus em menos da metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido por resistência mínima.	2	Aumento do tônus em mais da metade do arco de movimento.	3	Partes em flexão ou extensão e movidos com dificuldade.	4	Partes rígidas em flexão ou extensão.	
Grau	Observação clínica															
0	Tônus normal.															
1	Aumento do tônus no início ou no final do arco de movimento.															
1 +	Aumento do tônus em menos da metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido por resistência mínima.															
2	Aumento do tônus em mais da metade do arco de movimento.															
3	Partes em flexão ou extensão e movidos com dificuldade.															
4	Partes rígidas em flexão ou extensão.															
Sensibilidade Superficial (tátil, térmica, dolorosa); Profunda (postural e vibratória);																
Coordenação	<div>- Prova dedo-nariz</div> <div>- Prova calcanhar Joelho;</div> <div>- Ataxia da marcha</div> <div>- Ataxia por tremor intencional</div> <div>- Disdiadococinésia (pedir para “barrar o pão”)</div> <div>- Disartria cerebelosa</div> <div>- Avaliar presença de nistagmo</div>															

Pares Cranianos

I (Olfativo) – Apresentar odor familiar, questionar quanto à presença do odor e identificação do mesmo;

II (ótico) – caracterizar as pupilas (tamanho e forma, reatividade à luz (reação direta e consensual)); - realiza-se a contagem dos dedos à distância do braço, nos 4 quadrantes, separadamente e depois simultaneamente;

III, IV e VI (oculomotor, troquear e abducente) – desenhar um “H” no espaço e pedir para seguir o dedo; avalia-se a simetria dos movimentos sacádicos, presença de nistagmo e ptose palpebral;

V (trigêmio) – testa-se a sensibilidade tátil, térmica e dolorosa nos 3 ramos do nervo, testa-se o reflexo corneano, os movimentos mastigatórios;

VII (Facial) – pede-se para sorrir e franzir o sobrolho, avaliar simetria facial e apagamento do sulco nasogeniano; avalia-se a capacidade de reconhecer sabores (doce, amargo, salgado) nos 2/3 anteriores da língua (dijeusia/ageusia) e se a pessoa consegue manter a saliva do lado afetado;

VIII (coclear e vestibular) – avaliação bilateral da acuidade auditiva; avaliar presença de vertigens ou tonturas, e o equilíbrio estático e dinâmico sentado e na posição ortostática (teste de Romberg);

IX, X e XI (glossofaríngeo, vago e espinhal) – Avalia-se a elevação do palato, tom de voz e

	<p>fadiga vocal, quando a pessoa produz um som, a úvula desvia-se para o lado não afetado; avalia-se a FM do musculo esternocleidomastoideu e trapézio;</p> <p><u>XII (Hipoglosso)</u> - avalia-se os movimentos da língua;</p>	
--	---	--

Apêndice V – Jornal de Aprendizagem: Avaliação neurológica nos cuidados de
Enfermagem de Reabilitação

Jornal de Aprendizagem: a avaliação neurológica nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Na fase inicial de estágio no serviço de neurocirurgia, um dos desafios sentidos passa pela realização da avaliação neurológica às pessoas que presto cuidados. A avaliação neurológica, por si só, é complexa, tem múltiplos itens que devem ser observados de forma rigorosa e sistemática para a identificação precoce de alterações.

No meio hospitalar, todo o contexto envolvente, com protocolos e rotinas instituídas, e o próprio estado hemodinâmico da pessoa, fase aguda da patologia e/ou tratamento, ditam as prioridades na intervenção do enfermeiro. A avaliação neurológica é pertinente, em primeira instância, na monitorização do estado evolutivo da pessoa doente e despiste de princípio ou agravamento de sinais e sintomas. Para Menoita (2012), uma correta avaliação das alterações neurológicas, reais ou potenciais, pode ser a chave do sucesso de um programa de reabilitação.

No serviço de neurocirurgia, é frequente o recurso a escalas para caracterizar o estado de consciência e a força muscular das pessoas internadas, e a avaliação sistemática de parâmetros como a orientação espacial e temporal, características das pupilas, movimentos oculares e sensibilidade tátil. Tal faz todo o sentido pois recebem pessoas que recorrem ao hospital por sintomas agudos que carecem de diagnóstico e possível intervenção cirúrgica, ou seja, permanecem no serviço para que seja estudada e analisada a sua condição de saúde. Além disso, recebem também pessoas que foram submetidas a cirurgias, por vezes há menos de 6 horas, e que carecem de uma vigilância precisa do estado neurológico para prevenir complicações, tais como vasoespasmo, hidrocefalia, hemorragia intracraniana, entre outras.

Assim, é primordial que o enfermeiro, particularmente o que detém um maior nível de formação, como é o caso do EEER, inclua na sua intervenção, uma avaliação precisa e atempada das pessoas que cuida e a transmita de forma exata a todos os membros da equipa multidisciplinar. A articulação, nomeadamente com a equipa médica, é crucial para que se despistem complicações graves através, por exemplo, de exames complementares de diagnóstico.

A transmissão sistemática da informação proveniente da avaliação neurológica à restante equipa de enfermagem potencia a deteção precoce de alterações neurológicas e traz implicações muito positivas para a pessoa doente. Isto porque permite uma intervenção individualizada e direcionada não só para a prevenção, mas também a minimização de sequelas futuras. A criação e manutenção de uma cultura de cuidados de enfermagem de excelência passa, a meu ver, precisamente pela partilha de conhecimento e de um ambiente em que se discutam aspetos avaliados, intervenções e resultados obtidos. Esta perspetiva tem-se acentuado no meu contacto com o meio hospitalar e com a pessoa em estado agudo de doença.

Por outro lado, a pessoa doente em fase crítica tolera, por norma, períodos curtos de intervenção direta, pelo que a capacidade para gerir o tempo e desenvolver alguma fluência na minha avaliação é crucial. Esta foi uma das dificuldades sentidas. As primeiras avaliações neurológicas que realizei necessitaram ser repartidas ou interrompidas, o que influenciava a exatidão da minha intervenção. Percebi que precisava de sistematizar o meu pensamento e transpô-lo para a prática. Para tal, desenvolvi uma tabela com os itens a avaliar, exemplos de como avaliar e espaço para os meus resultados observados (Anexo).

Uma outra dificuldade sentida surge em contexto de avaliação de uma pessoa com alteração da atenção. Inicialmente, à prova de barragem e prova do relógio, a pessoa aparentava ter uma inatenção ao lado esquerdo. Contudo, quando pedi à pessoa para desenhar uma margarida, surgiram-me dúvidas. Pedi para que a desenhasse de novo e a pessoa desenhou a margarida completa. Posto isto, senti necessidade de recorrer a uma prova que me fornecesse mais dados: o teste da figura complexa de Rey.

Este instrumento permite avaliar a capacidade de organização e construção visuoespacial, memória, planeamento e desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas (Jamus & Mader, 2005). A aplicação é simples, trata-se de pedir à pessoa que reproduza, numa folha em branco, a Figura Complexa de Rey que lhe é apresentada numa folha A4, na posição horizontal. Posteriormente, e sem aviso prévio, é pedido à pessoa que faça uso da memória (imediata e de longo prazo) para a reproduzir visual. Os aspetos a ter em conta na avaliação qualitativa deste teste passam pela observação dos

elementos copiados e avaliação da capacidade de resolução de problemas imposto pela complexidade da figura. A reprodução da mesma com base na memória testa a capacidade da memória imediata e de longo prazo (Jamus & Mader, 2005).

No caso particular da pessoa que avaliei, foram notórias alterações tais como: iniciou o desenho da figura pelo limite direito da mesma, não iniciou o desenho pelo retângulo que é a forma com maior destaque na figura, mas sim por traços de detalhe, e ignorou a metade esquerda da figura (exceto três linhas horizontais no limite esquerdo do seu desenho, que acrescentou quando eu, mesmo tendo-me posicionado de frente para a doente, a questionei se tinha terminado o desenho e aponte para a folha com a minha mão direita, que estava à esquerda da doente).

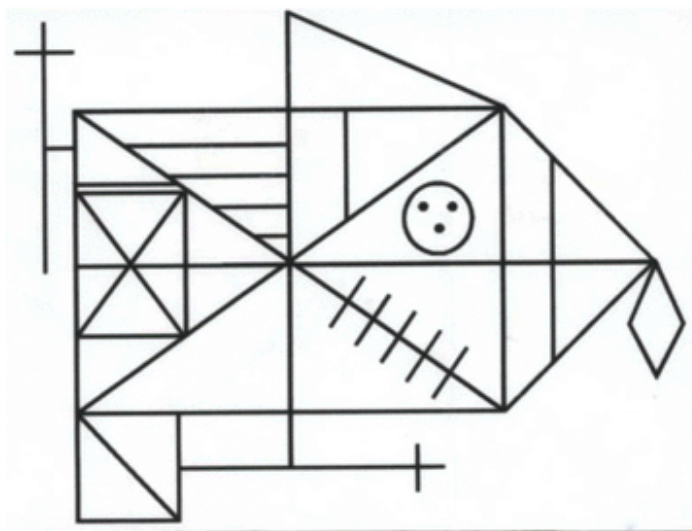


Figura Complexa de Rey;



Desenho da Figura Complexa de Rey desenhada pela Sra. M.A.;

Após reflexão e diálogo com o professor, apercebi-me que estava posicionada do lado esquerdo da pessoa na minha primeira avaliação e que respondi a comentários da doente, o que provavelmente influenciou a minha avaliação inicial, pois estimei a mesma pelo seu lado esquerdo. Após o teste da Figura Complexa de Rey, o resultado era efetivamente sugestivo de uma inatenção ao lado esquerdo, com possível hemianopsia esquerda. Este nível de precisão na abordagem aos doentes com alterações da atenção é algo que tenho tentado trabalhar, de forma a que não volte a “falsear” a avaliação.

Outra implicação de uma avaliação neurológica atempada e precisa sobre a qual penso ser importante refletir é sobre a avaliação do potencial de reabilitação da pessoa e definição de estratégias de intervenção precoce. Um exemplo comum é a avaliação efetiva dos pares cranianos envolvidos na deglutição como primeira linha de intervenção, sem a qual não é possível retirar uma sonda nasogástrica e alimentar de forma segura por via oral.

Considerando ainda como exemplo a pessoa com inatenção já mencionada anteriormente, posso afirmar que me despertou para a facilidade como, por vezes, os défices podem passar despercebidos se não houver uma avaliação neurológica abrangente. Neste caso concreto, a pessoa descrita apresenta uma inatenção esquerda, que compensa ocasionalmente com rotação da cabeça e tronco, e que aparentava ser independente nas AVD, sem qualquer perda funcional.

Contudo, e só após a realização da prova de Rey (que sugeria uma alteração visuoespacial), seguida da avaliação das funções cognitivas em contexto do autocuidado, é que foi detetada uma apraxia do vestir. As dificuldades no autocuidado vestuário são frequentes em pessoas com alterações cognitivas por LCA, isto porque, e de acordo com Walker, Sunderland, Fletcher-Smith, Drummond, Logan, Edmans, ... & Taylor, (2011), esta atividade requer múltiplas habilidades motoras e cognitivas (por exemplo a atenção, percepção visuoespacial, funções práxicas e planeamento e sequência da tarefa). Segundo Goldenberg, Daumüller & Hagmann (2001), para trabalhar alterações das funções práxicas, não podemos ter por base a generalização, pois não existe evidência de que tal ocorra. Deve ser realizado um treino repetitivo e sistemático da tarefa específica, neste caso o vestir.

Se a avaliação inicial tivesse tido continuidade num contexto funcional, como o autocuidado, talvez tivesse sido possível intervir de forma mais completa, no sentido de desenvolver estratégias que minimizassem o impacto da apraxia de vestir. Ter consciência da falha permitiu-me estar mais desperta para a importância da avaliação das funções cognitivas em contextos exigentes como o do autocuidado.

Sohlberg & Mateer (2011) defendem que as funções superiores operam em rede, ou seja, não é possível ponderar um processo de reabilitação dissociando-as. Principalmente a atenção e as funções executivas, pois partilham circuitos cerebrais, o que reforça, a meu ver, a pertinência da sua avaliação em contextos que recrutem essas funções de uma forma abrangente (como é o caso das AVD) e de uma intervenção *in loco*, trabalhando desde logo a funcionalidade.

Hoeman (2008) defende mesmo que uma avaliação completa é essencial para uma intervenção apropriada e que a avaliação funcional é central para o planeamento e execução dos cuidados de reabilitação. Uma avaliação neurológica fidedigna é parte integrante do processo de enfermagem de reabilitação e a avaliação funcional torna-se uma extensão da mesma, segundo a autora. Mais especificamente no que concerne a cognição, Caldas (2016) defende que recrutamos mecanismos diversos do cérebro para dar resposta às exigências das tarefas com que nos deparamos diariamente, pelo que, em caso de lesão cerebral, onde a sensibilidade a tarefas múltiplas é acrescida, devemos fazer uma gestão das mesmas para minimizarmos erros na sua execução.

Concluindo, a avaliação neurológica permite-nos detetar precocemente as alterações neurológicas que se traduzem em diagnósticos sobre os quais podemos intervir desde cedo. E mesmo quando é necessário priorizar e restringir a nossa intervenção, só com uma avaliação abrangente podemos estabelecer objetivos conscientes para a pessoa em questão. Os pontos fortes que podemos trabalhar no sentido de reabilitar a pessoa lesada também nos podem passar despercebidos se a avaliação não foi completa. A meu ver, a dificuldade na prestação de cuidados a pessoas com défices neurológicos e cognitivos cumulativos passa muito pela definição de um ponto de partida. Se não estivermos despertos para tal e não avaliarmos a pessoa de forma precisa, não identificamos adversários e possíveis aliados no processo de reabilitação.

Bibliografia:

- Caldas, A.C. (2016). Funções Cognitivas. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 139-143). Loures: Lusodidacta.
- Goldenberg, G., Daumüller, M. & Hagmann, S. (2001). Assessment and therapy of complex activities of daily living in apraxia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11 (2), 147–169. DOI:10.1080/09602010042000204
- Hoeman, S. P. (2008). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados esperados*. (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Menoita, E., (2012). *Reabilitar a Pessoa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Sohlberg, M. M. & Mateer, C. A. (2011). *Reabilitação Cognitiva - Uma abordagem Neuropsicológica Integrada*. São Paulo: Santos Editora.
- Walker, M. F., Sunderland, A., Fletcher-Smith, J., Drummond, A., Logan, P., Edmans, J. A. ... Taylor, J. L. (2011). The DRESS trial: a feasibility randomized controlled trial of a neuropsychological approach to dressing therapy for stroke inpatients. *Clinical Rehabilitation*, 26(8), 675-685. DOI: 10.1177/0269215511431089.

Apêndice VI – Plano de Cuidados Sra. M. A.



**Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de
*Reabilitação***

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Plano de Cuidados

Catarina Magalhães Soares

Lisboa

Outubro de 2017

Avaliação Inicial

História da doença atual

A Sra. M. A., de 75 anos, deu entrada no serviço de urgências dia 1 de outubro com queixas de vômitos e cefaleia contínua e náuseas, com uma semana de evolução progressiva. Realizado TAC- CE que revela lesão ocupante de espaço, infiltrativa subcortical parietal e temporal direita que aparentemente cruza a linha média através da vertente posterior do corpo caloso, com edema extenso da substância branca envolvente, o conjunto sendo responsável pela diminuição da amplitude dos sulcos hemisféricos direitos, por deformação do sistema ventricular supratentorial e por herniação subfalcial com desvio de cerca de 1cm das estruturas medianas para a esquerda, sem sinais de hidrocefalia. Apresenta também conteúdo denso (hemorrágico) decantado no ventrículo lateral esquerdo e sinais discretos de leucoencefalopatia isquémica. À entrada encontra-se sonolenta, score 14 na ECG, pupilas isocóricas e isoreativas, percepção comprometida, orientação espacial e temporal alterada e sem alterações de força muscular e sensibilidade. Internada para estudo da lesão e possível intervenção cirúrgica para remoção da mesma.

Antecedentes pessoais de saúde: sem antecedentes conhecidos;

Regime medicamentoso: Dexametasona;

Dimensão Sociofamiliar: A Sra. M. A. é casada, vive em Vila Franca de Xira, casada, com dois filhos que vivem na mesma zona. A Sra. M. A. até à data exercia atividade profissional como empregada doméstica, como atividades de lazer gosta de caminhar e fazer ioga, sendo independente nas AVD.

Avaliação Neurológica (4 de Outubro de 2017)

A Sra. M. A. encontra-se acordada, cumpre ordens simples e complexas. Na ECG apresenta um score 15. Encontra-se orientada auto e alopsiquicamente, no tempo e no espaço. O comportamento é adequado ao contexto em que se encontra.

A atenção seletiva e focada não aparentam estar comprometidas, a Sra. M. A. abre os olhos à estimulação táctil e auditiva e dirige o olhar ou desvia a cabeça no sentido do estímulo, sem dificuldade aparente em manter o foco quando surgem estímulos externos. A atenção mantida aparenta estar

relativamente alterada, pois tolera pouco tempo a realizar uma tarefa, dispersando através de comentários sobre assuntos alheios à tarefa, sendo necessário o estímulo verbal para que retome a atenção. A atenção dividida também se encontra relativamente comprometida, a Sra. M. A. demonstra dificuldade em realizar duas atividades em simultâneo (não consegue responder a perguntas simples e desenhar ao mesmo tempo. A atenção alternada também aparenta estar comprometida, foi incapaz de realizar o exercício de *Trail Making Test*, e quando pedido para subtrair subsequentemente o número 3 (100-3-3-3) não foi capaz. Aparenta uma ligeira inatenção espacial (peripessoal e distante) à esquerda, com desorientação espacial que consegue compensar com relativa facilidade. Foi testada a extinção através da estimulação visual, tátil e auditiva simultânea bilateralmente, apresentando uma extinção à esquerda. Foi realizado o teste MoCA, pontuou 14/30, apresentando défice visuoespacial (não foi capaz de realizar a sequência de números e letras, desenhou o cubo incompleto, omitindo linhas à esquerda e no teste do relógio foi capaz de desenhar o contorno, mas dispôs os números à direita, deixando o lado esquerdo em branco, e não colocou ponteiros. Não conseguiu nomear a imagem mais à esquerda (nomeou 2 em 3), provavelmente associado à extinção visual à esquerda. Memória imediata aparentemente mantida, memória de trabalho alterada (não foi consistente na inversão da sequência de 3 números) e de longo prazo alterada (não conseguiu repetir nenhuma das 5 palavras após 5 minutos). Na linguagem: repetição normal, fluência pontuou abaixo do expectável (7, sendo 11 ou mais a norma) mas não valorizei devido ao baixo nível de escolaridade. Abstração sem alterações, evocação diferida com necessidade de pistas e orientação mantida.

A Sra. M. A. não apresenta alterações de linguagem, o discurso é fluente, a compreensão auditiva está mantida, a nomeação e repetição estão mantidas, escrita e leitura também.

A doente aparenta estar disgnósica, consegue identificar sons no espaço homo e contralateral à lesão de forma isolada, mas extingue os sons à esquerda quando o estímulo é bilateral. Identifica objetos pelo toque e manipulação, mas através da visão denota-se uma hesitação na identificação dos objetos dispostos à esquerda, que consegue compensar de seguida. Realizada prova de desenho de um relógio e uma flor, e a prova *bissection line*

test em que foi notória a ausência de traços da linha média do objeto desenhado para a esquerda.

A Sra. M. A. aparenta ter alteração da memória de trabalho, não consegue repetir série de 3 números. A memória a curto prazo parece estar relativamente mantida, consegue recordar 3 palavras mencionadas, após 3/5 minutos, com necessidade de pistas verbais. A memória retrógrada não parece estar alterada, consegue recordar eventos passados, episódicos e semânticos.

A Sra. M. A. demonstra dificuldade em imitar gestos (levar um copo à boca) quando realizado do seu lado esquerdo, mas por automatismo é capaz de o fazer. De seguida foi pedido que realizasse o gesto de “dizer adeus”, que realiza. Foi pedido para sugar por uma palhinha e dar um beijo, que realizou, e o gesto simbólico de continência, que realiza também. Quando solicitado que copiasse um desenho, desenhou apenas o lado direito do mesmo.

As funções executivas foram testadas no contexto do autocuidado, no dia seguinte, mais especificamente durante os cuidados de higiene e vestuário, sem alterações aparentes. Contudo, foi identificada uma apraxia do vestir.

A Sra. M. A. apresenta força e sensibilidade mantida em todos os segmentos corporais. Sem alterações da marcha aparentes. A coordenação foi testada através da prova dedo-nariz e calcanhar-jelho sem alterações aparentes. Não apresenta alteração aparente de pares cranianos.

O nível de funcionalidade da Sra. M. A. representa um *score* 116/126 segundo a FIM, encontrando-se ao nível numa independência modificada. No **autocuidado**: Alimentação (7), Higiene Pessoal (7), Banho (7), vestir a metade superior do corpo (4); vestir a metade inferior (4), Utilização do sanitário (7). No **controlo de esfíncteres**: Controlo vesical (7) e intestinal (7); na **mobilidade/transferências** (leito, cadeira, cadeira de rodas (7), Sanitário (7) e Banheira, chuveiro (7); na **locomoção**: Marcha (7); Escadas (7); na **comunicação**: Compreensão (7) e Expressão (7), e na **cognição Social**: interação social (7), Resolução de problemas (6) e Memória (4).

Encontra-se eupneica, ritmo regular, ampla, de tipo torácico, saturações de oxigénio no sangue de 100%. Apresenta-se normotensa, sem necessitar de terapêutica, tensão arterial sistólica a oscilar entre 110mmHg e 120mmHg, a diastólica a oscilar entre 60mmHg e 80mmHg. As FC oscilaram entre 60bpm e 75bpm.

Diagnóstico	Resultados esperados	Intervenção	Registo e Avaliação
<p>Atenção Comprometida</p> <p><u>Manifestado por:</u> -</p> <p>Dificuldade em realizar mais do que uma atividade em simultâneo ou alternar a atenção entre atividades;</p> <p>- Dificuldade em manter a atenção na tarefa perante outros estímulos;</p> <p>- Dificuldade em perceber os objetos no espaço peripessoal</p>	<p>- Que a Sra. M. A. desenvolva potencial para melhorar a atenção durante as atividades</p> <p>- Que a Sra. M. A. desenvolva potencial para compensar a inatenção e extinção à esquerda</p>	<p>- Alternar períodos de repouso com períodos de atividade, atendendo à reserva cognitiva da doente;</p> <p>- Minimizar estímulos do ambiente aquando da realização de tarefas;</p> <p>- abordar a doente pelo lado esquerdo;</p> <p>- Promover estímulos visuais, táteis e auditivos preferencialmente do lado esquerdo;</p> <p>- Alternar diferentes tipos de atividades, para proporcionar estímulos diferentes que possam favorecer a atenção dividida e</p>	<p>04/10 – a Sra. M. A. apresenta défice de atenção ligeiro, que compensa quando repito provas como o desenho de uma margarida, por exemplo. Posto isto, pedi à doente que copiasse a Figura Complexa de Rey com o intuito de comprovar a inatenção esquerda e poder usá-la para promover a consciência do défice por parte da doente; Na prova de desenho da figura de Rey, a doente claramente negligencia o lado esquerdo da figura e, quando posicione as duas figuras (a completa e a desenhada pela doente) do lado direito, a doente apercebe-se efetivamente das falhas. Tendo isto por base, alertei a doente quanto aos riscos acrescidos para a sua segurança provenientes da inatenção e extinção à esquerda, nomeadamente no domicílio (disposição de cabos no chão,</p>

<p>e distante do lado esquerdo</p> <p><u>Relacionado com:</u></p> <p>défice da percepção visuoespacial, inatenção e extinção à esquerda</p>		<p>alternada e a manutenção da atenção durante a tarefa;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar exercício de atenção (<i>star cancellation</i>, figura complexa de rey); - Promover a orientação espacial, incentivando a adoção de pontos de referência que possam ser uteis; 	<p>objetos desarrumados e pousados/espalhados no chão, quando deambula no exterior, a atravessar a rua, a seguir a linha do passeio, entre outros.</p> <p>05/10 – realizado exercício promotor da rotação do tronco e cabeça para o lado esquerdo e exploração do espaço do mesmo lado: com a doente na posição ortostática, de frente e ao centro da cama, foram dispostos os produtos de higiene ao longo da metade esquerda da cama e na mesa de cabeceira e foi pedido à doente que recolhesse os produtos, que a doente foi capaz, necessitando apenas de uma indicação verbal para que explorasse melhor a mesa de cabeceira e reunisse o que estava em falta.</p>
<p>Autocuidado</p> <p>Vestuário</p>	<p>- Que a doente desenvolva potencial para criar estratégias</p>	<p>- incentivar a doente a dispor a roupa na casa de banho,</p>	<p>05/10 – Em contexto de avaliação do autocuidado (banho, vestuário, arranjar-se) avalia-se uma aparente apraxia do vestir, em que a doente tenta por 3 vezes vestir a camisa</p>

<p>Dependente em grau reduzido</p> <p><u>Manifestado por:</u></p> <p>Dificuldade em sequenciar corretamente a tarefa de vestir;</p> <p><u>Relacionado com:</u></p> <p>apraxia do vestir, déficit visuoespacial; inatenção esquerda</p>	<p>de disposição da roupa e calçado que minimizem o erro;</p> <p>- Que a doente desenvolva potencial para sequenciar corretamente a tarefa de vestir;</p>	<p>idealmente, desdobrada sobre uma superfície plana;</p> <p>- Incentivar a doente a colocar a roupa ordenada pela sequência correta de vestir;</p> <p>- Reforçar positivamente a autoeficácia da doente;</p>	<p>do pijama e só à quarta com sucesso. Calçou os chinelos e apertou os atilhos antes de vestir as calças, e quando as vestiu, vestiu com o botão virado para trás, sem se aperceber, sendo necessário chamar a atenção da doente para esse facto. Nesse momento a doente referiu que já era habitual tal acontecer no domicílio.</p> <p>Foram então realizados ensinamentos à doente acerca da importância de planejar a roupa a vestir, dispô-la sobre uma superfície plana para minimizar os défices de percepção visuoespaciais e, preferencialmente de uma cor única, e de forma sequencial, para facilitar o vestir/despir com recurso ao estímulo visual.</p>
---	---	---	--

Considerações Finais

A Sra. M. A. representou, a nível pessoal, o despertar para a importância de uma avaliação neurológica e cognitiva atempada e abrangente, pois sem esta poderia ter passado despercebido o défice de inatenção e extinção esquerda, a alteração da percepção visuoespacial e, consequentemente, a identificação de uma apraxia do vestir. A avaliação neurológica realizada permitiu-me iniciar o processo de consciencialização dos défices por parte da doente, com o intuito de minimizar o risco de segurança da Sra. M. A. A apraxia do vestir, mesmo que identificada no último dia em que tive contacto com a doente, foi importante no sentido de capacitar a Sra. M. A. de estratégias simples que pode adotar facilmente no domicílio para minimizar as dificuldades sentidas.

Poderiam ter sido implementadas outras intervenções no sentido de trabalhar a atenção e o autocuidado vestuário, até porque na questão da apraxia de vestir, o treino repetitivo é uma mais valia, contudo o tempo não o permitiu, a doente teve alta com o diagnóstico médico de um glioblastoma massivo, inoperável.

Uma outra dificuldade sentida foi a identificação de uma possível anosognosia, pois quando confrontada com os défices, a Sra. M. A. tentava sempre desvalorizar, mudar de assunto, e contrapunha também com argumentos, tais como: “pois, eu disse-lhe que não tinha muito jeito para desenho”, “eu já era assim, às vezes saía de casa com a camisola vestida ao contrário” ou “eu tenho muita dificuldade em orientar-me nos sítios, às vezes perco-me, mas encontro sempre o caminho de volta!”. Refletindo sobre estes dados acredito que poderia ser uma anosognosia

Retenho de mais relevante a forma com que défices “minor” possam passar despercebidos em contexto hospitalar, e como a nossa intervenção, apesar de, por vezes, ser limitada pelo tempo e contexto, pode trazer ganhos na potencial consciencialização dos défices e capacitação da doente.

Apêndice VII – Plano de Cuidados Sra. A.



**Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Plano de Cuidados

Catarina Magalhães Soares

Lisboa

Outubro de 2017

1. ÍNDICE

INTRODUÇÃO	123
1. IDENTIFICAÇÃO E DADOS GERAIS	124
2. APRECIACÃO DA DOENTE	125
2.1 História da doença atual	125
2.2. Alergias	126
2.3. Medicação Prescrita.....	126
2.4. Auscultação Pulmonar / Respiração	126
2.5. Avaliação Neurológica	126
2.6. Avaliação da funcionalidade	130
3. PLANO DE CUIDADOS	132
CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
4. NOVA APRECIACÃO INICIAL	145
4.1. História da doença atual	145
4.2. Medicação Prescrita.....	146
4.3. Auscultação Pulmonar / Respiração	146
4.4. Avaliação Neurológica	146
4.5. Avaliação da funcionalidade	149
5. PLANO DE CUIDADOS	152
CONSIDERAÇÕES FINAIS	166

INTRODUÇÃO

O seguinte trabalho compreende um plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação direcionado à Sra. A, uma doente internada no serviço de neurocirurgia.

Os dados apresentados na história de saúde atual foram colhidos do processo clínico da doente e incluem dados desde a admissão a 2 de setembro até à data de internamento no serviço de neurocirurgia. Este plano teve início no dia 13 de outubro, no decorrer do primeiro contacto com a doente.

Elegi a Sra. A. para explicar o meu pensamento, na construção de um estudo de caso que aprofunde o processo de plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, pois trata-se uma doente que, apesar de não apresentar défices sensoriomotores marcados, detinha alterações substanciais de orientação, linguagem e comportamentais, o que se traduzia em perda de funcionalidade. Este planeamento inicia-se com uma avaliação da doente, seguidamente é apresentado um plano de intervenção de reabilitação, que inclui diagnósticos sensíveis ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, a partir dos quais são delineados objetivos, intervenções individualizadas e colhidos dados para avaliação dos resultados e reformulação da intervenção, quando necessário. Por fim, são apresentadas as considerações finais, manifestando dúvidas e dificuldades sentidas no decorrer do mesmo, bem como pontos chave a reter sobre todo o processo.

1. IDENTIFICAÇÃO E DADOS GERAIS

Nome: A. S.

Idade: 57 anos

Peso: 52 kg

Altura: ≈1m65 cm

Índice de Massa Corporal (IMC): 19,1 kg/m

Género: Feminino

Raça: Caucasiana

Nacionalidade: Portuguesa

Estado Civil: Viúva

Profissão: Contabilista

Agregado Familiar / Pessoa de Referência: vive sozinha, tem um companheiro com residência permanente no porto; tem duas filhas, que vivem perto, a mais velha com três filhos e a filha mais nova, solteira, é a pessoa de referência da doente.

Data de Internamento: 02/09/2017

Motivo de Internamento: Hemorragia Subaracnoideia

2. APRECIACÃO DA DOENTE

2.1 História da doença atual

No dia 2 de setembro, a Sra. A iniciou quadro súbito de cefaleia intensa e vômitos com alteração do estado de consciência. Recorreu ao serviço de urgência onde realizou TAC e angio-TAC crânio-encefálico que revelou extensa hemorragia subaracnoideia cisternal basal com extenso ao 4º ventrículo com aneurisma sacular da artéria basilar a nível da bifurcação da artéria cerebral anterior esquerda.

No dia seguinte foi realizada angiografia cerebral que confirma a formação aneurismática da origem da artéria cerebral anterior, ramo ântero-superior esquerdo, e realizada embolização no mesmo dia. A TAC após a intervenção demonstrava uma hidrocefalia aguda pelo que se colocou drenagem ventricular externa, retirada dia 11 do mesmo mês.

A 16 de setembro realizou novamente TAC que demonstrou lesões isquêmicas em topografia cortico-subcortical fronto-insular à direita e cortical insular à esquerda, no território da distribuição cortical da artéria cerebral média bilateralmente, por provável vasoespasmo. Seguiu-se tratamento endovascular do vasoespasmo e a 20 de setembro, por novo vasoespasmo, desta vez da artéria basilar, cerebral anterior e posterior bilateralmente e do segmento supra-clinoideu da artéria carótida interna direita, foi realizada angioplastia química com veparamil. No vigésimo quarto dia de hemorragia subaracnoídea observase agravamento do estado de consciência que se objetivou ser por hidrocefalia ativa, pelo que foi novamente colocada drenagem ventricular externa. Posteriormente, e apesar da melhoria dos défices, a diminuição da drenagem e o agravamento imagiológico levaram à colocação de drenagem ventricular periférica, que decorreu sem intercorrências.

À data apresenta hemiparésia esquerda discreta, força muscular grau 4 no hemicorpo esquerdo, sem oftalmoparésias, discreta parésia facial central esquerda, alterações de linguagem, com discurso quase impercetível, e não cumpre ordens simples.

2.2. Antecedentes Pessoais

- Hipertensão arterial não medicada;
- Dislipidemia;

- Transtorno de ansiedade/síndrome depressivo;
- tabagismo ativo

2.2. Alergias: desconhece

2.3. Medicação Prescrita

Fármaco	Dosagem	Grupo Farmacológico	Horário
Esomeprazol (comprimido)	20mg	Inibidor da bomba de Protões – Protetor Gástrico	7 horas
Quetiapina (comprimido)	25mg	Neuroléptico – Antipsicótico	8 horas
Nicotina (penso transdérmico)	114mg, liberação de 21mg/24 horas	Terapia de Substituição Nicotínica	Aplicar diariamente às 8h, remover após 24 horas
Quetiapina (comprimido)	50mg	Neuroléptico – Antipsicótico	20 horas

2.4. Auscultação Pulmonar / Respiração

À auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os lobos, sem rídos adventícios audíveis. Apresenta padrão respiratório eupneico ritmo regular, amplo, de tipo torácico, saturações de oxigénio no sangue entre 99-100%. Apresenta-se normotensa, sem necessitar de terapêutica, tensão arterial sistólica a oscilar entre 100mmHg e 120mmHg, a diastólica a oscilar entre 60mmHg e 80mmHg. As FC oscilaram entre 65bpm e 85bpm.

2.5. Avaliação Neurológica (13 e 16 de Outubro de 2017)

Consciência e Orientação

A Sra. A. encontra-se acordada, embora com lentificação psicomotora, cumpre ordens simples, após insistência, não consegue cumprir ordens complexas (várias ordens ou sequência de mais do que uma ordem).

Encontra-se consciente, orientada auto e alopsiquicamente, desorientada no tempo e no espaço. O comportamento é adequado ao contexto em que se encontra, com alguma agitação quando confrontada com dificuldades de desempenho cognitivo, nomeadamente durante a realização de testes neurológicos, o que é sugestivo de uma baixa reserva cognitiva.

Atenção

A atenção seletiva não aparenta estar comprometida, a Sra. A. abre os olhos à estimulação tátil e auditiva e dirige o olhar ou desvia a cabeça no sentido do estímulo. A atenção focada aparenta estar alterada, pois demonstra dificuldade em manter o foco quando surgem estímulos externos (por exemplo outras pessoas a falar no quarto). A atenção mantida está alterada pois não foi capaz de manter um comportamento coerente durante a avaliação, dispersando através da tentativa de organizar objetos à sua volta, por exemplo, sendo necessário o estímulo verbal, visual ou auditivo frequente para que retome a atenção. A atenção dividida também se encontra comprometida por foi incapaz de manter os olhos fechados quando pedido e realizar uma atividade de reconhecimento de sons, por exemplo. A atenção alternada também aparenta estar comprometida, pois foi incapaz de realizar o exercício de *Trail Making Test*, e quando pedido para subtrair subsequentemente o número 3 (100-3-3-3) não foi capaz, quer verbalmente quer por escrito, o que também é sugestivo de acalculia. Não aparenta inatenção espacial e sensorial, e testada extinção através da estimulação visual, tátil e auditiva simultânea bilateralmente, sem alterações. Foi realizado o teste do relógio, em que ocorreu perseveração do erro e foi realizado o *bisection line test*, que a Sra. A. foi incapaz de completar, não por inatenção espacial, mas por alteração na atenção focada e mantida.

Linguagem

A Sra. A. apresenta alterações de linguagem, nomeadamente discurso pouco fluente (pausas anómicais), compreensão auditiva relativamente mantida para palavras e frases simples (comportamento coerente com indicações verbais e escritas fornecidas mas não cumpre ordens de forma consistente, pode ser por lentificação ou ser sugestivo de alterações apráxicas; foi avaliada uma possível agnosia digital), nomeação alterada (não nomeia objetos e partes do corpo, aparente perseveração e presença de parafasias), repetição mantida, escrita alterada (agrafia, não consegue escrever letras e o

nome próprio) e leitura relativamente mantida (consegue ler o seu nome e palavras simples). Não foram testadas frases por recusa da doente.

Conhecimento

A doente consegue identificar sons no espaço homo e contralateral à lesão, identifica objetos pelo toque e manipulação, e através da visão, mas nem sempre consegue nomear mas descreve a sua função quando questionada (não conseguiu nomear uma tesoura mas verbalizou que servia para cortar). A agnosia digital foi testada através da prova dedo-nariz, em que foi pedido à doente para identificar o seu dedo indicador, de ambas as mãos separadamente, que não foi capaz com a mão esquerda. Foi pedida a identificação e flexão do polegar, anelar e dedo mínimo que também não conseguiu.

Memória

A Sra. A. aparenta ter alteração da memória de trabalho, não consegue repetir série de 4 números ou série de 3 palavras/ imagens. A memória a curto prazo parece estar comprometida, não consegue recordar nenhuma de 3 palavras mencionadas, após 3/5 minutos, mesmo após pistas verbais, estímulo visual através de imagem ou escolha entre opções dadas. A memória retrógrada não parece estar alterada, consegue recordar eventos passados, no entanto não consegue reter informação de um dia para o dia seguinte sem pistas, nomeadamente quanto a pessoas que a visitaram e alimentos que ingeriu.

Funções Práticas

A Sra. A. demonstra dificuldade na sequenciação do gesto icónico de levar um copo à boca quando pedido, mas por automatismo/não intencional é capaz de o fazer. Foi pedido que realizasse o gesto de “dizer adeus” que realizou, mas só por imitação. Foi pedido para sugar por uma palhinha e dar um beijo, que realizou com sucesso. Foi também pedido que fizesse o gesto simbólico de continência, que não realizou, pelo que realizei eu o gesto e a doente imitou mas com pouca precisão, com ambos os membros superiores. Posto isto, concluí que a doente aparentemente apresenta uma apraxia ideomotora e ideacional. Não foi testada a praxia construtiva por recusa da doente em desenhar ou reproduzir desenhos.

Funções Executivas

As funções executivas foram testadas no contexto do autocuidado, mais especificamente durante o planeamento e execução dos cuidados de

higiene e vestuário. Partindo dos dados colhidos previamente, seria de esperar uma perseveração do erro (alteração da flexibilidade mental), que ocorreu por exemplo na utilização do desodorizante, que se encontrava sem tampa, mas a doente persistiu no movimento de retirada da mesma, e na rotação da torneira de forma ineficaz várias vezes durante o banho. No planeamento e organização do material para o banho ocorreram falhas que não conseguiu colmatar com indicações verbais, nem mesmo com o estímulo visual dos objetos (produtos de higiene e toalha). Demonstrou muita dificuldade na escolha da roupa para vestir após o banho, tendo levado duas blusas para o wc e, aquando do momento de vestir uma delas, olhou para mim e verbalizou “escolha você”. Na sequência da ação necessitou de indicações verbais frequentes, omitindo o uso do gel de banho, por exemplo e, quando alertada para tal, demonstrou dificuldade em inibir o comportamento que estava a ter (lavar a cabeça) e iniciar o novo. Necessitou de incentivo para usar a escova de cabelo: posiciona corretamente a escova e orienta-a no espaço e relativamente à cabeça, mas a sequência do movimento é pouco precisa. O ímpeto de manusear o material (luvas, manábulas, etc) que se encontrava no wc foi frequente, mesmo após indicação verbal para não o fazer. Aparenta uma síndrome disexecutiva com grande impacto na capacidade funcional para o autocuidado.

Força Muscular

A Sra. A apresenta força mantida no hemicorpo direito e nos movimentos de cabeça e pescoço. No hemicorpo esquerdo apresenta força muscular grau 4+ aos movimentos do membro inferior e força muscular grau 4 aos movimentos do membro superior. Foi utilizada a escala de MRC modificada.

Tónus Muscular

O tónus encontra-se mantido.

Sensibilidade

A sensibilidade profunda postural encontra-se aparentemente mantida, e a sensibilidade tátil foi testada com recurso a compressa, térmica através de luva com água fria e quente e dolorosa com espátula partida, com hipostesia ligeira nos segmentos do membro superior e inferior esquerdos.

Coordenação e Equilíbrio

Sem alterações da marcha aparentes, apresenta ligeiro desequilíbrio dinâmico na posição ortostática, aquando da mudança de direção. A

coordenação foi testada através da prova dedo-nariz e calcanhar-joelho sem alterações aparentes. A Sra. A. não consegue realizar movimentos rápidos e sequenciais (foi pedido para fazer movimento de “barrar o pão”) o que seria sugestivo de disdiacocinésia, mas a dificuldade pode também ser de origem apráxica? Apresenta tremores ocasionais, maioritariamente dos membros superiores, que associa a falha no controlo da ansiedade (antecedente), pois manifestam-se em contexto de dificuldade na execução de tarefas ou quando são recrutadas funções cognitivas de forma persistente, ou mesmo em momentos de maior estimulação por parte de familiares. Não apresenta alteração aparente de pares cranianos.

2.6. Avaliação da funcionalidade

O nível de funcionalidade da Sra. A. representa um score 74/126 segundo a FIM.

Parâmetro	Pontuação
Autocuidado	
Alimentação	4/7 Ajuda mínima
Higiene Pessoal	4/7 Ajuda mínima
Banho	4/7 Ajuda mínima
Vestir a metade superior do corpo	5/7 Supervisão
Vestir a metade inferior do corpo	5// Supervisão
Utilização do Sanitário	5/7 Supervisão
Controlo de Esfíncteres	
Controlo Vesical	1/7 Ajuda total (5 ou mais perdas urinárias nos últimos 7 dias)
Controlo Intestinal	5/7 Supervisão
Mobilidade e Transferências	
Leito - cadeira	6/7 Supervisão
Sanitário	5/7 Supervisão
Chuveiro	5/7 Supervisão
Locomoção	
Marcha	5/7 Supervisão
Escadas	4/7 Ajuda mínima

Comunicação	
Compreensão	6/7 Independência Modificada (pode necessitar de ajuda visual, auditiva e/ou mais tempo para compreender)
Expressão	2/7 Ajuda Máxima (expressa necessidades básicas e ideias simples espontaneamente, 25-49% das vezes, ou com ajuda)
Cognição Social	
Interação Social	5/7 Supervisão em situações de stress ou não familiares, menos de 10% das vezes.
Resolução de Problemas	1/7 Ajuda máxima (resolve problemas da rotina diária menos de 25% das vezes, precisa ser direcionada sempre)
Memória	1/7 Ajuda máxima (reconhece e relembra menos de 25% das vezes)

3. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico	Resultados esperados	Intervenção	Registo e Avaliação
<p>Comunicação comprometida</p> <p>Manifestado por: dificuldade da Sra. A. em ter um discurso fluente, em nomear, ler e escrever;</p> <p>Relacionado com: alteração da linguagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> - que a Sra. A. desenvolva potencial para comunicar de forma mais eficaz, promovendo a interação familiar e social - que a família desenvolva potencial para melhorar a comunicação com a Sra. A 	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a comunicação e expressão verbal, abordando assuntos de interesse para a Sra. A; - Otimizar a comunicação, verbalizando frases simples, com questões e indicações objetivas, e proporcionando tempo à doente para se expressar, evitando interrupções; - Facilitar a comunicação recorrendo à linguagem não-verbal (gestos e imagens) - Treinar a repetição e nomeação de objetos; 	<p>16/10 – a Sra. A. apresenta discurso pouco fluente, com nomeação comprometida. A compreensão auditiva aparenta estar relativamente mantida. A escrita está alterada e a leitura aparenta estar mantida. A repetição está relativamente mantida, pelo que foi incentivada e treinada, aliada à nomeação de objetos e locais pertinentes para o contexto atual; A doente apresenta pouca tolerância ao esforço cognitivo, períodos aproximados de 5-10 minutos;</p> <p>19/10 – a doente apresenta maiores períodos de verbalização, uma ligeira melhoria na fluência do discurso, as palavras são relativamente mais perceptíveis. Mantém défices de nomeação e escrita marcados. Foi incentivada a leitura que a doente tolera por curtos períodos. Foi ensinada à família a importância do discurso pouco complexo para com a</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar e treinar a família para o uso de estratégias comunicacionais (dar tempo à doente para se expressar, comunicar com a doente através de um discurso simples e objetivo, recurso a gestos e imagens por parte da doente); - Proporcionar um ambiente calmo e controlado a nível de estímulos visuais, auditivos e táteis; - Proporcionar reforço positivo; 	<p>doente, de dosear a informação e de a transmitir de forma calma, clara e objetiva; foram igualmente ensinados sobre o recurso a gestos e imagens por parte da doente quando a agitação da mesma aumenta por défice na expressão verbal;</p> <p>20/10 – a doente mantém discurso sobreponível aos dias anteriores mas avalia-se uma maior ansiedade latente no discurso, verbalizando menos quando o marido está presente. Após esta avaliação, foram reforçados ensinamentos ao marido sobre dar tempo à doente para se expressar, evitar interrupções e a hiperestimulação, que é prejudicial tanto para o processo da linguagem como para o atencional;</p> <p>24/10 – a doente apresenta períodos muito escassos de verbalização, mesmo após incentivo para que se expressasse. Aparenta alguma ecolalia.</p>
Autocontrolo: continência urinária ineficaz	Que a Sra. A. desenvolva potencial para controlar as	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar padrão miccional - Planear eliminação urinária e ingestão de líquidos 	<p>13/10 – a doente apresentou uma perda urinária em contexto de treino de marcha com a fisioterapeuta, pelo que foi discutido com a terapeuta a necessidade de incentivarmos o uso do wc antes da terapia;</p>

<p><u>Manifestado por:</u> perdas urinárias para fralda em contexto diurno e noturno;</p> <p><u>Relacionado com:</u> lentificação psicomotora, défice da perceção visuo-espacial, desorientação espacial, défices no planeamento, iniciação da tarefa, défice atencional, dificuldade em comunicar</p>	<p>micções no wc quando tem sensação de plenitude vesical e deixa de necessitar do uso de fralda (prioritariamente no período diurno)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a micção imediata, estipulando um horário tendo por base o padrão miccional da doente; - Incentivar o recurso ao símbolo do wc presente no corredor como input visual à orientação espacial, sempre que acompanho a doente; - Ensinar os familiares a associar períodos de maior agitação psicomotora com possível sensação de plenitude vesical, incentivando a que questionem a doente sobre vontade de ir ao wc; - Supervisionar o autocontrolo da continência urinária 	<p>17/10 – foi retirada a fralda de proteção e a doente foi incentivada periodicamente a ir ao wc, não apresentou perdas; Antes de iniciar repouso noturno no leito foi novamente incentivada micção imediata e colocada fralda de proteção para o período noturno;</p> <p>19/10 – a Sra. A. encontrava-se sem fralda (retirada pela própria) no início do turno, mas sem perda urinária; à noite a doente levantou-se espontaneamente e foi encaminhada ao wc;</p> <p>20/10 – a doente não apresentou perdas urinárias (cueca própria vestida), embora uma das vezes em que foi ao wc autonomamente foi encontrada a urinar para o caixote do lixo;</p> <p>23/10 – perda urinária no leito, após levante não voltou a apresentar perdas; desloca-se ao wc por iniciativa própria, embora tenha ido 2 vezes quase consecutivas (questionada sobre disúria (nega), urina clara e sem cheiro fétido; não se lembrou que tinha ido há 10 minutos? Desorientação?)</p>
--	---	--	--

		- Reforçar positivamente a autoeficácia	
<p>Autocuidado higiene</p> <p>Dependente em grau elevado</p> <p><u>Manifestado por:</u> Dificuldade em reunir o material necessário para o banho, dificuldade em orientar-se no espaço e encontrar o wc, Dificuldade em cumprir as etapas do banho;</p>	<p>- que a doente desenvolva potencial para reconhecer o material necessário para a higiene e o use;</p> <p>- que a doente desenvolva potencial para sequenciar as diversas etapas do banho com a menor margem de erro possível;</p> <p>- que a doente desenvolva potencial para</p>	<p>- Incentivar a Sra. A. a reunir o material necessário para a higiene;</p> <p>- Fornecer pistas verbais e visuais necessárias para minimizar falhas no planeamento da tarefa (incluindo colocar todo e apenas o material necessário para o banho numa gaveta da mesa de cabeceira para dirigir a atenção da doente);</p> <p>- Rever o material necessário com a doente e dispô-lo de forma organizada e sequencial para promover o raciocínio</p>	<p>13/10 – A Sra. A. não é capaz de reunir o material para o banho, mesmo após serem fornecidas pistas verbais e visuais e opções de inclusão/exclusão do material; não foi capaz de sequenciar as etapas do banho, necessitou de indicações verbais constantes, manuseou todo o material que estava disposto na casa de banho, incluindo luvas, aventais, manábulas, etc); perseverou no erro ao manusear a torneira do chuveiro, necessitando que fosse interrompido o comportamento através da restrição física das mãos;</p> <p>17/10 – a doente foi capaz de reunir parte do material necessário para o banho, mas incapaz de o dispor de forma organizada; Ocorreram falhas no uso dos produtos de higiene, só lavou o cabelo quando estimulada ao comportamento por imitação; perseverou no comportamento de colocar a pasta dos dentes diretamente na boca e não na escova, com necessidade de retirar o material do alcance da doente,</p>

<p><u>Relacionado com:</u> dificuldade no planeamento, iniciação e sequência da tarefa, apraxia ideomotora, défice atencional, alteração da memória de trabalho</p>	<p>manter um padrão de higiene satisfatório apenas com supervisão de terceiros - que o banho deixe de representar um momento de agitação/frustração para a doente; - que a família desenvolva potencial para melhorar conhecimentos e capacidades acerca de estratégias de adaptação no</p>	<p>lógico das etapas do banho e minimizar eventuais erros; - Dispor o material na casa de banho de forma a promover o estímulo visual direcionando para a tarefa a realizar em cada secção da divisão (gel de banho e champô perto do chuveiro; toalha pendurada imediatamente a seguir ao chuveiro; desodorizante, creme de cara, escova do cabelo e pasta e escova dos dentes no lavatório com espelho); - Remover todo o restante material da divisão para minimizar o erro (inicio a 17/10);</p>	<p>rever a tarefa a realizar com a doente e fornecer apenas a escova com a pasta dos dentes já colocada. 23/10 – a doente não foi capaz de reunir todo o material necessário para o banho; realizou as etapas do banho com necessidade de indicações verbais mas sem ser necessário contacto físico para tal; aparentemente calma durante a tarefa, mais comunicativa durante o decorrer da higiene e verbalizou “foi bom” quando terminada a tarefa. 24/10 – a doente apresentava alguma agitação psicomotora previamente ao início da atividade, pelo que foi reunido o material juntamente com a doente e não foi testada a sequenciação e organização das etapas previamente à execução; Foi necessário lavar-lhe o cabelo pois esta não iniciou o comportamento nem foi capaz de o concluir; Foi igualmente necessário secar a doente com a toalha pela mesma razão; a Sra. A. manteve-se apática durante a atividade, olhar baixo e pôs as mãos na cabeça várias vezes, com fâcias triste; perseverou no comportamento de lavar os</p>
--	---	--	--

	autocuidado da Sra. A.;	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar positivamente a autoeficácia; - Promover um ambiente calmo, controlado e promotor de algum relaxamento, adequando o tom de voz, certificando-me da temperatura ideal da água, adequando o horário do banho face à restante organização do serviço) 	<p>dentes (lavou os dentes 2 vezes e ao início da terceira tentativa foi retirado o material).</p> <p>Foram realizados ensinamentos à filha e marido acerca de estratégias de adaptação da casa de banho no domicílio que favoreçam o desempenho da doente nas tarefas, nomeadamente: disposição intencional e sequencial do material para minimizar o recrutamento da resolução de problemas, restrição do material ao essencial para a doente para minimizar o erro, importância da criação de rotinas para o banho, recorrendo idealmente sempre aos mesmos produtos, cumprindo o mesmo horário, interromper a ação quando ocorre erro perseverativo, repetindo o objetivo e a atividade presentemente a ser realizada e a importância duma abordagem calma e que respeite o tempo da doente.</p>
Autocuidado Arranjar-se Dependente em grau moderado	- que a Sra. A. desenvolva potencial para reunir/reconhecer	- Incentivar a Sra. A. a reunir o material necessário para se arranjar;	13/10 – coloca desodorizante após estímulo visual (por imitação); não inicia a tarefa de abrir o frasco de creme hidratante mas quando este lhe é fornecido aberto, completa a aplicação do mesmo, embora com

<p><u>Manifestado por:</u></p> <p>Dificuldade em pentear-se de forma eficaz, Dificuldade em iniciar comportamento de aplicar creme hidratante de forma eficaz;</p> <p><u>Relacionado com:</u></p> <p>planeamento, iniciação e sequência da tarefa, apraxia ideomotora, défice atencional, alteração da</p>	<p>o material necessário para se arranjar;</p> <p>- que a Sra. A. desenvolva potencial para se arranjar necessitando apenas de supervisão;</p>	<p>- Fornecer pistas verbais e visuais necessárias para minimizar falhas no planeamento da tarefa;</p> <p>- Dispor o material, inicialmente um produto de cada vez, depois por uma ordem lógica de utilização (desodorizante, escova e pasta dos dentes, creme de rosto, escova do cabelo);</p> <p>- interromper o erro perseverativo e/ou automatismo quando este ocorre, procurando centrar a atenção na tarefa a realizar e objetivo da mesma;</p> <p>- Reforçar positivamente a autoeficácia da doente;</p>	<p>pequenas imprecisões; a doente penteou-se de forma pouco eficaz (manuseia a escova do cabelo de forma correta mas o movimento de pentear-se é pouco preciso e incompleto);</p> <p>17/10 – a doente aplica desodorizante por imitação, é necessário abrir o frasco do creme para a doente iniciar a tarefa mas conclui de forma eficaz; penteia-se de forma independente (inicia a tarefa, realiza corretamente e conclui, pousando a escova no lavatório);</p> <p>23/10 – a doente aplica o desodorizante após indicação verbal persistente (consegue retirar tampa, aplicar e recolocar tampa eficazmente), consegue abrir o frasco de creme e aplica-lo de forma correta mas precisou de estímulo verbal para cessar o comportamento; escova o cabelo de forma eficaz.</p> <p>24/10 – não foi capaz de aplicar o desodorizante, com necessidade de aplicação por terceiros; foi necessário escovar o cabelo à doente, esta não iniciou o comportamento nem foi capaz de o concluir; aberto o</p>
--	--	---	---

memória de trabalho;			<p>frasco de creme, a doente não iniciou o comportamento, pelo que lhe foi colocado o creme na cara, que não foi capaz de espalhar por completo.</p> <p>Realizados ensinios à filha sobre estratégias de adaptação da casa de banho no domicílio que favoreçam o desempenho da doente em tarefas como pentear-se, aplicar creme hidratante, aplicar desodorizante, entre outros, mais concretamente através da disposição intencional e sequencial do material no lavatório, perto do espelho, restrição do material ao essencial para a doente poder arranjar-se, importância da criação de rotinas, recorrendo idealmente sempre aos mesmos produtos, cumprindo o mesmo horário, interromper a ação quando ocorre erro perseverativo ou automatismo, repetindo o objetivo e a atividade a ser realizada, e importância duma abordagem calma e que respeite o tempo da doente.</p>
Autocuidado Vestuário	- Que a doente desenvolva potencial para	- incentivar a doente a decidir sobre qual a roupa que quer vestir;	13/10 – a doente não foi capaz de escolher a roupa a vestir, após algum tempo pediu para que escolhesse

<p>Dependente em grau elevado</p> <p><u>Manifestado por:</u></p> <p>Dificuldade em escolher a roupa a vestir, Dificuldade em sequenciar corretamente a tarefa de vestir;</p> <p><u>Relacionado com:</u></p> <p>planeamento, iniciação e sequência da tarefa, apraxia ideomotora, défice atencional, alteração da memória de trabalho;</p>	<p>planear e decidir sobre a roupa a vestir;</p> <p>- Que a doente desenvolva potencial para sequenciar corretamente a roupa ao vestir-se</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar o planeamento e categorização das peças de roupa necessárias para se vestir; - Dispor a roupa de forma organizada pela sequência correta de vestir; - Interromper o erro perseverativo e/ou automatismo quando este ocorre, procurando centrar a atenção na tarefa a realizar; - Reforçar positivamente a autoeficácia da doente; 	<p>pela mesma; consegue vestir a roupa quando ordenada corretamente por terceiros;</p> <p>17/10 – Consegue reunir a roupa necessária, exceto roupa interior que apenas recrutou após estímulo verbais e visual; consegue manter uma sequência razoável a vestir-se após disposição da roupa ordenada por terceiros.</p> <p>24/10 – não foi capaz de organizar a roupa necessária, perseverou na tentativa de vestir as calças como se fossem uma camisola, mesmo após estímulo verbal e visual (por imitação), foi necessário iniciar a tarefa e a doente concluiu.</p> <p>Foram realizados ensinios à filha acerca da importância de incentivar a mãe a planear e decidir sobre a roupa a vestir, a disposição da mesma de forma sequencial, idealmente sobre uma superfície plana para minimizar os défices de perceção visuoespaciais e facilitar o vestir/despír através de estímulos auditivos e visuais, quando necessário.</p>
--	---	---	---

<p>Autocuidado: comer</p> <p>Dependente em grau reduzido</p> <p><u>Manifestado por:</u> dificuldade em organizar a tarefa, falha na sequência correta dos pratos (sopa, conduto e sobremesa) e utilização do talher correto;</p> <p><u>Relacionado com:</u> planeamento, iniciação e sequência da tarefa, apraxia ideomotora, défice</p>	<p>- Que a doente desenvolva potencial para planear, organizar e sequenciar corretamente a tarefa;</p> <p>- Que a doente desenvolva potencial para categorizar os talheres e manuseá-los corretamente, de acordo com o prato;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Restringir o material disposto na mesa ao essencial necessário à tarefa; - incentivar a doente a decidir sobre qual o prato pelo qual quer iniciar a refeição; - Incentivar a doente a optar pelo talher mais adequado para cada prato da refeição; - Fornecer cada prato isoladamente e na sequência correta; - Promover um ambiente calmo, livre de outros estímulos que possam prejudicar a atenção focada e mantida na tarefa. 	<p>13/10 – a doente tem dificuldade e iniciar a tarefa e interrompe-a consecutivamente para manusear material que a rodeia; inicia o almoço pela fruta e persevera nesse comportamento, recusando reiniciar a tarefa.</p> <p>17/10 – é retirado todo o material alheio à alimentação (é restrito o estímulo visual) e é disposto na mesa apenas o material estritamente necessário para cada prato, separadamente; Necessita de estímulo verbal frequente para que mantenha a atenção na tarefa; alimenta-se por mão própria em tempo razoável; Adequa os talheres ao prato a ingerir.</p> <p>23/10 – já tolera ter os 3 pratos dispostos na mesa, inicia a alimentação pela sequência correta, com menor necessidade de estímulo verbal e visual para se manter na tarefa;</p> <p>24/10 – a doente encontra-se a tomar o pequeno-almoço (leite e pão, manteiga e açúcar em separado), pelo que não foi capaz de iniciar ou concluir a tarefa de colocar a manteiga no pão, colocou o açúcar no pão e não no leite e tentou barrar o invólucro do açúcar no</p>
---	---	--	---

<p>atencional, alteração da memória de trabalho;</p>			<p>pão. O comportamento foi interrompido, foi preparado o pão e o leite com açúcar por terceiros e fornecido em separado (leite e depois o pão), sem mais nenhum material na mesa, e só assim a Sra. A. conseguiu concluir a refeição.</p> <p>Foram realizados ensinios à filha e marido sobre a adaptação domiciliar necessária para potenciar a Sra. A. a sequenciar corretamente cada refeição, nomeadamente através da restrição de todo o material não essencial à refeição, fornecendo um prato de cada vez, acompanhado dos talheres adequados, eliminando estímulos exteriores que possam prejudicar a atenção focada na tarefa. Foram também discutido com a filha, a pedido da mesma, alguns alimentos que possam ser benéficos para a mãe pelas suas propriedades nutricionais, estímulo visual e tátil (diferentes cores e texturas no mesmo prato), que podem auxiliar no processo atencional e executivo.</p>
--	--	--	---

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Sra. A. apresenta défices cognitivos cumulativos que exigiram uma priorização muito rigorosa dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Por um lado, a reserva cognitiva da doente não permitia que a intervenção fosse extensa, muito pelo contrário. Foi necessário da minha parte uma gestão de prioridades tal que permitisse à doente dar o seu melhor durante 15/20 minutos no máximo e isso se traduzisse em algum ganho funcional e de bem-estar para a doente. Como exemplo posso dar o banho, que inicialmente tentei que fosse planeado e sequenciado antecipadamente, através da preparação do material necessário.

Ao longo da minha intervenção e avaliação, pude concluir que só avaliando o estado da doente nos momentos prévios à atividade é que podia adequar a minha intervenção e omitir certos passos do exercício mental que seria ideal trabalhar com a doente. Pareceu-me mais premente que a doente fosse capaz de participar ativamente na execução da tarefa, tendo perceção da atividade a ser realizada, do que atingir um estado de fadiga cognitiva na fase inicial de planeamento e comprometer todo o processo subsequente. Por outro lado, a lentificação latente na doente levava a que qualquer atividade, até mesmo abotoar a camisa do pijama ou pentear-se, demorasse mais tempo do que o esperado, e que a minha função teria que passar por ser o pensamento lateral da doente, gerindo o grau de exigência da tarefa face ao tempo que esta consegue despende para dar uma resposta.

Esta realidade fez-me adequar os objetivos da minha intervenção, torná-los mais concisos. Percebi que o caminho a seguir teria que ser através do autocuidado. Avaliar as funções cognitivas *per si* e treiná-las através de exercícios seria uma vantagem para mim, na minha avaliação da evolução da doente, mas não traria qualquer ganho para a doente nesta fase em que se encontra. O autocuidado é essencial e tornava-se claro que, para a Sra. A., executá-lo é o maior dos desafios. Tentei assim realizar um plano de cuidados que refletisse prioridades. Surgiram-me dúvidas, entre elas se deveria trabalhar o controlo da ansiedade e o défice atencional da doente isoladamente, destacando intervenções específicas. Não o fiz porque acredito estar implícito, ao longo do plano de cuidados, a gestão do ambiente, controlando os estímulos visuais, auditivos e táteis o máximo possível, trabalhando a atenção da doente.

A ansiedade torna-se clara em momentos em que ocorre erro perseverativo, por exemplo, e a minha intervenção foi sempre no sentido de fazer a doente interromper o comportamento e centrar-se na atividade, repetindo-a verbalmente, criando contacto visual e mantendo uma postura calma e disponível. Penso que estas foram as intervenções possíveis na fase em que a doente se encontra.

A preparação para a alta foi pensada e iniciada numa fase em que a filha se demonstrou disponível e motivada para assumir o papel de cuidadora. Seria necessário realizar um treino que capacitasse a família para operacionalizar os conteúdos informativos que foram passados. Contudo, até ao momento, não foi possível pois o estado da doente agravou, havendo necessidade de nova intervenção cirúrgica.

O contacto com a Sra. A. permitiu-me desenvolver uma perspetiva um pouco mais abrangente e realista sobre a pessoa com défices cognitivos. Destaco a importância de conhecer bem o processo da cognição e de que forma recrutamos diferentes funções no contexto do autocuidado. Encaro o desafio de dar suporte à pessoa na resposta às exigências funcionais que lhes são impostas e, em pessoas com défices cognitivos cumulativos, conseguir encontrar o ponto de partida.

4. NOVA APRECIÇÃO INICIAL (após reinternamento)

4.1. História da doença atual (dados recolhidos no processo clínico)

A 24 de outubro, com agravamento clínico: menor reatividade a estímulos e maior lentificação psicomotora. A dia 25 realiza TAC - CE que revela volumosos aerocelos intraventriculares, pelo que é realizada intervenção cirúrgica para remoção da derivação ventricular periférica e colocação de derivação ventricular externa pelo mesmo trajeto (aspirado ar). No dia seguinte, por manter aerocelos volumosos nos cornos frontais e no corno temporal direito, realiza nova intervenção cirúrgica para remoção da derivação ventricular externa não funcionante (extremidade do cateter não se encontrava dentro do sistema ventricular) e colocação de uma nova. Inicia antibioterapia.

A dia 27 realiza novo TAC – CE, onde se verifica manter aerocelos intraventriculares e pericerebrais a nível frontal e temporal à direita e perimesencefálicos bilateralmente. Dia 29 realiza novo TAC – CE que demonstra reabsorção parcial dos aerocelos descritos, persiste topografia ventricular bifrontal, pericerebral frontal direita e peripontico de menores dimensões. A 3 de novembro realiza novo TAC- CE que revela reabsorção quase total dos aerocelos intraventriculares, persistindo pequeno aerocelo corno frontal do ventrículo lateral esquerdo. As cavidades ventriculares supratentoriais apresentam dimensões discretamente menores. A 9 de novembro realiza nova intervenção cirúrgica para clampagem da derivação ventricular externa e colocação de derivação ventricular periférica.

No mesmo dia, já no turno da tarde, a doente é transferida para o serviço de neurocirurgia, com a seguinte apreciação: abertura espontânea dos olhos, afasia mista com discurso pouco fluente e hipofonético, compreensão perturbada embora cumpra ordens simples (abrir/fechar olhos, apertar/largar a mão, ...) não nomeia e não repete. Apresenta alterações cognitivo-comportamentais com movimentos automáticos primitivos. Eupneica, sem necessidade de O₂.

4.2. Medicação Prescrita

Fármaco	Dosagem	Grupo Farmacológico	Horário
Esomeprazol (comprimido)	20mg	Inibidor da bomba de Prótons – Protetor Gástrico	7 horas
Quetiapina (comprimido)	25mg	Neuroléptico – Antipsicótico	8 horas
Furosemida (comprimido)	40mg	Diurético de Ansa	12 horas
Nicotina (penso transdérmico)	114mg, liberação de 21mg/24 horas	Terapia de Substituição Nicotínica	Aplicar diariamente às 8h, remover após 24 horas
Quetiapina (comprimido)	50mg	Neuroléptico – Antipsicótico	20 horas

4.3. Auscultação Pulmonar / Respiração

À auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os lobos, sem rídeos adventícios audíveis. Apresenta padrão respiratório eupneico ritmo regular, amplo, de tipo torácico, saturações de oxigénio no sangue entre 99-100%. Apresenta-se normotensa, sem necessitar de terapêutica, tensão arterial sistólica a oscilar entre 100mmHg e 120mmHg, a diastólica a oscilar entre 60mmHg e 80mmHg. As FC oscilaram entre 65bpm e 85bpm.

4.4. Avaliação Neurológica (10 de novembro de 2017)

Consciência e Orientação

A Sra. A. encontra-se acordada, embora com lentificação psicomotora marcada, cumpre ordens simples, após insistência, não consegue cumprir ordens complexas (várias ordens ou sequência de mais do que uma ordem). Encontra-se consciente, orientada auto e alopsiquicamente, desorientada no

tempo e no espaço. O comportamento é adequado ao contexto em que se encontra, aparenta reconhecer alguns profissionais do serviço.

Atenção

A atenção seletiva não aparenta estar comprometida, a Sra. A. abre os olhos à estimulação tátil e auditiva e dirige o olhar ou desvia a cabeça no sentido do estímulo. A atenção focada e mantida aparentam estar alteradas, a doente demonstra dificuldade em manter a atenção quando surgem estímulos externos e não foi capaz de manter um comportamento coerente (durante o pequeno almoço, fez várias pausas para dobrar o lençol da cama e desapertar/apertar botão do pijama), sendo necessário o estímulo auditivo e visual para que retome a atenção. A atenção dividida e alternada também se mantêm aparentemente comprometidas. Não aparenta inatenção espacial e sensorial, e testada extinção através da estimulação visual, tátil e auditiva simultânea bilateralmente, sem alterações. Não foram realizados testes (desenho de relógio, de barragem, etc) por lentificação da doente.

Linguagem

A Sra. A. mantém alterações de linguagem, nomeadamente discurso pouco fluente, compreensão auditiva relativamente mantida para palavras e frases simples (comportamento coerente com indicações verbais e escritas fornecidas mas não cumpre ordens de forma consistente, pode ser por lentificação ou por alterações apráxicas; nomeação alterada (não nomeia objetos e partes do corpo, aparente presença de parafasias), repetição mantida, escrita alterada e leitura relativamente mantida (consegue ler palavras simples e frases curtas com 3-4 palavras).

Conhecimento

A doente consegue identificar sons no espaço homo e contralateral à lesão, identifica objetos pelo toque e manipulação, e através da visão, mas nem sempre consegue nomear mas descreve a sua função quando questionada (não conseguiu nomear um copo mas verbalizou que servia para beber). A agnosia digital foi testada através da prova dedo-nariz, em que foi pedido à doente para identificar o seu dedo indicador, de ambas as mãos separadamente, que não foi capaz com a mão esquerda. Foi pedida a identificação e flexão do indicador, anelar e dedo mínimo que também não conseguiu.

Memória

A Sra. A. aparenta ter alteração da memória de trabalho, não consegue repetir série de 4 números ou série de 3 palavras/ imagens. A memória a curto prazo parece estar comprometida, não consegue recordar nenhuma de 3 palavras mencionadas, após 3/5 minutos, mesmo após pistas verbais, estímulo visual através de imagem ou escolha entre opções dadas. A memória retrógrada não parece estar alterada, consegue recordar alguns profissionais do serviço.

Funções Práticas

A Sra. A. demonstra dificuldade na sequenciação do gesto icónico de levar um copo à boca quando pedido, mas por automatismo/não intencional é capaz de o fazer. Foi pedido que realizasse o gesto de “dizer adeus” que realizou, mas só por imitação. Foi também pedido que fizesse o gesto simbólico de continência, que realiza por imitação após insistência. Posto isto, concluí que a doente aparentemente mantém uma aparente apraxia ideomotora e ideacional.

Funções Executivas

As funções executivas foram testadas no contexto do autocuidado, mais especificamente durante o planeamento e execução dos cuidados de higiene e vestuário. No primeiro dia pós-operatório, a Sra. A. ainda se encontrava bastante lentificada, pelo que o banho, vestuário e os restantes cuidados de higiene foram realizados com ajuda máxima, em cadeira sanitária.

A Sra. A. foi incentivada a reunir o material necessário para o banho, com estímulo visual através dos seus produtos de higiene e roupa, que não foi capaz de reunir, mesmo quando questionada com perguntas sim e não acerca da adequação do material para a tarefa que iria realizar. Não foi capaz de iniciar o comportamento de ligar a água, mas molhou o corpo. Foi incentivada a espalhar o gel de banho no corpo, que não completou, lavando apenas a região do tórax e abdómen. Quando lhe foi fornecida a toalha, secou apenas a cara. Não demonstrou capacidade de sequenciar as diferentes etapas do banho, mesmo após estímulo verbal e visual (por imitação). Sem iniciativa ou decisão sobre as etapas dos cuidados. Vestiu a camisola do pijama depois de esta ter sido posicionada na orientação correta para ser vestida, e após estímulo verbal. Não foi capaz de vestir a metade inferior do corpo, mesmo após estímulo verbal e visual (apresentação da roupa aberta sobre a cama e, por não haver comportamento adequado de resposta, por gestos para estimular o comportamento por imitação).

Necessitou de estímulo auditivo e visual (imitação do comportamento) para usar a escova de cabelo: posiciona corretamente a escova e orienta-a no espaço e relativamente à cabeça, mas a sequência do movimento é pouco precisa. Não foi capaz de retirar a tampa de proteção da escova de dentes, realizou o mesmo movimento sucessivamente, sem capacidade para alterar o comportamento na procura de uma solução para o problema. Esta dificuldade pode também estar associada a alterações da percepção visuoespacial e também de défices apráxicos. Escovou os dentes durante pouco menos de um minuto, apresentava cansaço visível. Foi aplicado creme à doente. Posto isto, aparentemente, a Sra. A. mantém alterações marcadas das funções executivas, que são prioridade a explorar mais aprofundadamente em intervenções futuras.

Força Muscular

A Sra. A apresenta força mantida. Foi utilizada a escala de MRC modificada.

Tónus Muscular

O tónus encontra-se mantido.

Sensibilidade

A sensibilidade profunda postural encontra-se aparentemente mantida, e a sensibilidade superficial tátil, térmica e dolorosa sem alterações aparentes.

Coordenação e Equilíbrio

Apresenta alterações da marcha aparentes, com desequilíbrio dinâmico na posição ortostática, aquando da mudança de direção. A coordenação foi testada através da prova dedo-nariz e calcanhar Joelho sem alterações aparentes. A Sra. A. não consegue realizar movimentos rápidos e sequenciais o que pode ter origem cerebelosa ou apráxica. Apresenta menor tremor ocasional comparativamente com avaliações anteriores, mas visto a doente estar lentificada (medicação sedativa?) pode estar mascarado se tiver origem na ansiedade não controlada?

Não apresenta alteração aparente de pares cranianos.

4.5. Avaliação da funcionalidade

O nível de funcionalidade da Sra. A. representa um score 61/126 segundo a FIM.

Parâmetro	Pontuação
Autocuidado	
Alimentação	4/7 Ajuda mínima
Higiene Pessoal	2/7 Ajuda máxima
Banho	4/7 Ajuda máxima
Vestir a metade superior do corpo	5/7 Supervisão
Vestir a metade inferior do corpo	2/7 ajuda máxima
Utilização do Sanitário	5/7 Supervisão
Controlo de Esfíncteres	
Controlo Vesical	1/7 Ajuda total (5 ou mais perdas urinárias nos últimos 7 dias)
Controlo Intestinal	5/7 Supervisão
Mobilidade e Transferências	
Leito - cadeira	4/7 Ajuda mínima
Sanitário	4/7 Ajuda mínima
Chuveiro	4/7 Supervisão
Locomoção	
Marcha	4/7 Supervisão
Escadas	2/7~ Ajuda máxima
Comunicação	
Compreensão	6/7 Independência Modificada (pode necessitar de ajuda visual, auditiva e/ou mais tempo para compreender)
Expressão	2/7 Ajuda Máxima (expressa necessidades básicas e ideias simples espontaneamente, 25-49% das vezes, ou com ajuda)
Cognição Social	
Interação Social	5/7 Supervisão em situações de stress ou não familiares, menos de 10% das vezes.
Resolução de Problemas	1/7 Ajuda máxima (resolve problemas da rotina diária menos de 25% das

	vezes, precisa ser direcionada sempre
Memória	1/7 Ajuda máxima (reconhece e relembra menos de 25% das vezes)

5. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico	Resultados esperados	Intervenção	Registo e Avaliação
<p>Comunicação comprometida</p> <p>Manifestado por: dificuldade da Sra. A. em ter um discurso fluente, em nomear, ler (frases longas) e escrever;</p> <p>Relacionado com: alteração da linguagem</p>	<p>- que a Sra. A. desenvolva potencial para comunicar de forma mais eficaz, promovendo o bem-estar, a interação familiar e social</p> <p>- que a família desenvolva potencial para melhorar a comunicação com a Sra. A</p>	<p>- Incentivar a comunicação e expressão verbal, abordando assuntos de interesse para a Sra. A;</p> <p>- Otimizar a comunicação, verbalizando frases simples, com questões e indicações objetivas, e proporcionando tempo à doente para se expressar, evitando interrupções;</p> <p>- Facilitar a comunicação recorrendo à linguagem não-verbal (gestos e imagens)</p> <p>- Treinar a repetição e nomeação de objetos;</p> <p>- Ensinar e treinar a família para o uso de estratégias comunicacionais (dar tempo à doente para se expressar, comunicar com a doente</p>	<p>10/11 – a Sra. A. apresenta discurso pouco fluente, com nomeação comprometida. A compreensão auditiva aparenta estar relativamente mantida. A escrita está alterada e a leitura aparenta estar mantida para palavras e frases muito simples. A repetição está relativamente mantida, pelo que foi incentivada e treinada, aliada à nomeação de objetos e locais pertinentes para o contexto atual; A doente apresenta pouca tolerância ao esforço cognitivo, períodos aproximados de 5-10 minutos com fraco desempenho;</p> <p>11/11 – a doente apresenta maiores períodos de verbalização, uma ligeira melhoria na fluência do discurso, as palavras são relativamente mais perceptíveis por períodos. Mantém défices de nomeação e na escrita</p>

		<p>através de um discurso simples e objetivo, recurso a gestos e imagens por parte da doente);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gerir o ambiente: proporcionar ambiente calmo e controlado a nível de estímulos visuais, auditivos e táteis; - Proporcionar reforço positivo; 	<p>marcado. Foi incentivada a leitura de dispositivos externos para compensar défice de planeamento e execução de atividades de autocuidado, a doente demonstrou ser capaz de ler o nome do material necessário ao banho, exceto “desodorizante”, em que foi necessário orientar a atenção para a imagem do mesmo para que a doente compreendesse (atenção dividida e alternada alteradas). Esta dificuldade transpôs-se para a associação entre a imagem e o objeto real que tinha na gaveta (o desodorizante é o 4º produto em 12). Os últimos dois utensílios da lista foram identificados por leitura, com associação da imagem, mas com necessidade de repetição pois a Sra. A. já demonstrava alguma fadiga cognitiva. No contexto do banho, conseguiu ler as indicações das etapas (ex. “lavar o corpo”, “passar por água”), com fácies alegre associado, pelo que foi proporcionado reforço positivo.</p>
--	--	---	---

			<p>12/11 – a doente apresenta períodos de discurso perçetível, embora o conteúdo não seja sempre adequado, sem episódios observáveis de ansiedade/frustração relacionados com défice de expressão. No treino no autocuidado com dispositivos externos, ocluí a palavra “desodorizante” e orientei a atenção da doente para a imagem apenas, ao que a doente conseguiu associar o objeto real. O 12º produto necessário aos cuidados de higiene (calçado), foi necessário remeter a atenção da Sra. A. para os chinelos que tinha calçados, para que esta associasse (novamente fadiga cognitiva?). No banho, a Sra. A. reconheceu a placa com a sequência de banho, tocou na placa, sorriu e verbalizou “assim sim”, e conseguiu ler todas as etapas, 2 em 6 delas por iniciativa própria.</p>
--	--	--	--

<p>Autocontrole: continência urinária ineficaz <u>Manifestado por:</u> perdas urinárias para fralda em contexto diurno e noturno; <u>Relacionado com:</u> lentificação psicomotora, déficit da percepção visuo-espacial, desorientação espacial, défices no planeamento, iniciação da tarefa, déficit</p>	<p>Que a Sra. A. desenvolva potencial para controlar as micções no wc quando tem sensação de plenitude vesical e deixe de necessitar do uso de fralda (prioritariamente no período diurno)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar padrão miccional - Planear eliminação urinária e ingestão de líquidos - Promover a micção imediata, estipulando um horário tendo por base o padrão miccional da doente; - Incentivar o recurso ao símbolo do wc presente no corredor como input visual à orientação espacial, sempre que acompanho a doente; - Ensinar os familiares a associar períodos de maior agitação psicomotora com possível sensação de plenitude vesical, incentivando a que questionem a doente sobre vontade de ir ao wc; - Supervisionar o autocontrole da continência urinária - Reforçar positivamente a autoeficácia 	<p>10/11 – a doente apresentava uma perda urinária na fralda de proteção, quando se encontrava no leito. Antes dos cuidados de higiene foi incentivada a micção imediata, com sucesso. Após aproximadamente 3 horas foi novamente incentivada micção no wc, com sucesso. O intervalo de três horas entre micções foi adequado ao padrão miccional da doente.</p> <p>11/11 – No período da noite apresentou perdas urinárias para fralda. No início do turno da manhã, foi retirada a fralda de proteção e a doente foi incentivada periodicamente a ir ao wc, não apresentando perdas;</p> <p>12/11 – a Sra. A. encontrava-se sem fralda (retirada pela própria) no início do turno, mas sem perda urinária; Foram incentivadas micções imediatas, com sucesso.</p> <p>Foram reforçados ensinamentos aos familiares para possíveis sinais não verbais (agitação</p>
---	--	---	---

atencional, dificuldade em comunicar			psicomotora, cruzar de pernas, mudar de posição consecutivamente, entre outros) de sensação de plenitude vesical.
Autocuidado higiene Dependente em grau elevado <u>Manifestado por:</u> Dificuldade em reunir o material necessário para o banho, dificuldade em orientar-se no espaço e encontrar o wc, Dificuldade em cumprir as etapas do banho;	- que a doente desenvolva potencial para reconhecer o material necessário para a higiene e o use; - que a doente desenvolva potencial para sequenciar as diversas etapas do banho com a menor margem de erro possível; - que a doente desenvolva	- Incentivar a Sra. A. a reunir o material necessário para a higiene; - Fornecer pistas verbais e visuais necessárias para minimizar falhas no planeamento da tarefa (incluindo colocar todo e apenas o material necessário para o banho numa gaveta da mesa de cabeceira para dirigir a atenção da doente); - Utilizar dispositivo externo compensatório para rever o material necessário com a doente (<i>check list</i>) e dispô-lo de forma organizada na sua mesa de cabeceira para ser de mais fácil associação e minimizar eventuais erros;	10/11 – A Sra. A. não é capaz de reunir o material para o banho, mesmo após serem fornecidas pistas verbais e visuais e opções de inclusão/exclusão do material real; não foi capaz de sequenciar as etapas do banho, necessitou de ajuda máxima para se higienizar (mais detalhado na avaliação inicial da doente); 11/11 – Foi utilizado recurso ao dispositivo externo compensatório (lista de material necessário aos cuidados de higiene): os primeiros dois produtos foram reunidos por mim, realizado o “visto” no produto respetivo presente na <i>check list</i> , e a doente foi capaz de reunir parte do material seguinte, retirando-o da gaveta onde estava reunido. Foi necessário um estímulo visual aumentado (o próprio produto) nos últimos dois produtos da lista,

<p><u>Relacionado com:</u></p> <p>dificuldade no planeamento, iniciação e sequência da tarefa, apraxia ideomotora, défice atencional, alteração da memória de trabalho</p>	<p>potencial para manter um padrão de higiene satisfatório apenas com supervisão de terceiros, através do uso de dispositivos externos compensatórios</p> <p>- que o banho deixe de representar um momento de agitação/frustração para a doente;</p> <p>- que a família desenvolva potencial para melhorar</p>	<p>- Dispor dispositivos externos compensatórios no wc, de forma a promover o estímulo visual direcionando para a tarefa a realizar em cada secção da divisão: gel de banho e champô com rótulo explícito da função do produto, perto do chuveiro; toalha pendurada imediatamente a seguir ao chuveiro; sequência do banho junto ao chuveiro e ao nível do olhar da doente; sinalética da temperatura da água (quente e frio, do lado respetivo a orientar o manípulo da torneira); sinalética sobre o movimento de abrir e fechar a torneira;</p> <p>- Remover todo o restante material da divisão para minimizar o erro;</p>	<p>possivelmente por fadiga cognitiva? Na sequência do banho, pegou autonomamente no manípulo do chuveiro (iniciação?), fixou as imagens dispostas na parede perto do chuveiro, necessitou de incentivo verbal para ligar a água. Foi capaz de temperar a água (lenticificada mas sem abordagem tentativa erro, sem erro na direção do manípulo da torneira). Foi incentivado o uso do dispositivo com a sequência do banho, a qual aparentemente compreendeu, não omitindo passos apesar de necessitar de orientação da atenção para o dispositivo. Reconheceu os rótulos do champô e gel de banho, pois aplicou os produtos na parte do corpo adequada sem hesitação. Após o último passo, não foi capaz de inibir o comportamento que estava a apresentar e iniciar o seguinte, só após estímulo visual com a própria toalha é que se levantou e desligou a água.</p>
--	--	--	--

	<p>conhecimentos e capacidades acerca de estratégias de adaptação no autocuidado da Sra. A.;</p>	<p>- Reforçar positivamente a autoeficácia;</p> <p>-Promover um ambiente calmo, controlado e promotor de algum relaxamento, adequando o tom de voz, certificando-me da temperatura ideal da água, adequando o horário do banho face à restante organização do serviço)</p>	<p>Deslocou-se na casa de banho através da marcha, por segurança foi incentivada a tomar banho sentada em cadeira.</p> <p>Não foi necessária ajuda direta, apenas indicações verbais e pontualmente visuais (para lavar os pés e secar-se após o banho)</p> <p>12/11 – Reconheceu, aparentemente, o dispositivo externo usado no dia anterior, pois pegou na caneta e iniciou o comportamento de busca do material. Foi necessário abrir a gaveta para que encontrasse os produtos, manteve dificuldade na identificação do desodorizante mas, quando aparentou perceber a sua função, referiu que não usava todos os dias (? Já no internamento anterior era relutante ao uso do desodorizante mas foi desvalorizado por mim); o último passo da lista necessitou de maior estímulo visual (provavelmente a lista é demasiado extensa para a tolerância da doente) mas reuniu 10 itens da lista. No banho,</p>
--	--	--	---

			<p>necessitou de estímulo verbal para ligar a água (novamente défice na iniciação?) mas sem ser necessário interferência de terceiros para temperar a água. Reconheceu aparentemente o dispositivo da sequência do banho, recorreu a ela por duas vezes em seis, sem necessitar de incentivo (apontou para a etapa correta), identificou os produtos de higiene e usou-os corretamente. Não omitiu etapas, manteve-se calma, sem fácies de frustração. Após o banho, pediu a toalha sem desligar a água mas desligou-a após incentivo verbal. Não foi necessário contacto físico durante o banho, apenas indicações verbais frequentes e supervisão. Demorou cerca de 20 minutos a tomar banho.</p>
Autocuidado Arranjar-se Dependente em grau moderado	- que a Sra. A. desenvolva potencial para reunir/reconhecer	- Incentivar a Sra. A. a reunir o material necessário para se arranjar; - Fornecer pistas verbais e visuais necessárias para minimizar falhas	10/11 – Necessitou de estímulo auditivo e visual (imitação do comportamento) para usar a escova de cabelo: posiciona corretamente a escova e orienta-a no espaço e relativamente à

<p><u>Manifestado por:</u></p> <p>Dificuldade em pentear-se de forma eficaz,</p> <p>Dificuldade em iniciar comportamento de aplicar creme hidratante de forma eficaz;</p> <p><u>Relacionado com:</u></p> <p>planeamento, iniciação e sequência da tarefa, apraxia ideomotora, défice atencional, alteração da</p>	<p>o material necessário para se arranjar;</p> <p>- que a Sra. A. desenvolva potencial para fazer se arranjar necessitando apenas de supervisão;</p>	<p>no planeamento da tarefa, através de dispositivos externos compensatórios;</p> <p>- Dispor o material, inicialmente um produto de cada vez, depois por uma ordem lógica de utilização (desodorizante, escova e pasta dos dentes, creme de rosto, escova do cabelo no lavatório com espelho);</p> <p>- interromper o erro perseverativo e/ou automatismo quando este ocorre, procurando centrar a atenção na tarefa a realizar e objetivo da mesma;</p> <p>- Reforçar positivamente a autoeficácia da doente;</p>	<p>cabeça, mas a sequência do movimento é pouco precisa. Não foi capaz de retirar a tampa de proteção da escova de dentes, realizou o mesmo movimento sucessivamente, sem capacidade para alterar o comportamento na procura de uma solução para o problema.</p> <p>Foi aplicado creme hidratante por mim por fadiga visível da doente.</p> <p>11/11 – a doente abre a tampa eficazmente e aplica desodorizante por imitação; foi orientada a atenção no cartão da sequência de lavar os dentes para que a doente iniciasse o comportamento mas depois realizou-o de forma independente. Foi necessário abrir o frasco do creme para a doente iniciar a tarefa mas conclui de forma eficaz; após estímulo visual com dispositivo externo, penteia-se de forma independente (inicia a tarefa, realiza corretamente e conclui, pousando a escova no lavatório);</p>
---	--	---	---

memória de trabalho;			12/11 – a Sra. A. reconhece o material para lavar os dentes, consegue pegar na escova (novamente com dificuldade em retirar a tampa de proteção da mesma, foi necessário que eu a retirasse com a minha mão na mão da doente e incentivá-la a repetir o movimento, com sucesso (apraxia ideomotora? Construtiva?), abrir pasta dos dentes e aplicar a mesma. Escovou os dentes de forma adequada e bochechou com água de forma adequada. a doente consegue abrir o frasco de creme e aplicá-lo de forma correta, mas precisou que eu remetesse a atenção para a escova de cabelo para cessar o comportamento anterior; escova o cabelo de forma eficaz.
Autocuidado Vestuário Dependente em grau elevado	- Que a doente desenvolva potencial para planear e decidir	- incentivar a doente a decidir sobre qual a roupa que quer vestir; - Incentivar o planeamento e categorização das peças de roupa necessárias para se vestir, através	10/11 – a doente não foi capaz de se vestir de forma independente, a metade superior necessitou que posicionasse a camisola na posição correta a vestir e com estímulo verbal, iniciou o comportamento e concluiu; a metade

<p><u>Manifestado por:</u> Dificuldade em escolher a roupa a vestir, Dificuldade em sequenciar corretamente a tarefa de vestir;</p> <p><u>Relacionado com:</u> planeamento, iniciação e sequência da tarefa, apraxia ideomotora, défice atencional, alteração da memória de trabalho;</p>	<p>sobre a roupa a vestir;</p> <p>- Que a doente desenvolva potencial para sequenciar corretamente a roupa ao vestir-se</p>	<p>de dispositivo externo compensatório;</p> <p>- Dispor a roupa de forma organizada pela sequência correta de vestir;</p> <p>- Interromper o erro perseverativo e/ou automatismo quando este ocorre, procurando centrar a atenção na tarefa a realizar;</p> <p>- Reforçar positivamente a autoeficácia da doente;</p>	<p>inferior foi vestida por terceiros por fadiga da doente.</p> <p>11/11 – Consegue reunir a roupa necessária com recurso a <i>check list</i>; consegue manter uma sequência razoável a vestir-se após disposição da roupa ordenada por terceiros (perseverou no erro, pelo que necessitou que fosse interrompido o comportamento de vestir as calças antes das cuecas). De seguida vestiu meias e calçou as sapatilhas sem necessidade de interferência.</p> <p>12/11 – a doente reuniu a roupa necessária através da <i>check list</i>, demonstrou dificuldade em iniciar a tarefa mas após estímulo visual iniciou e sequenciou a tarefa com erro novamente por ter pegado nas calças antes das cuecas mas quando alertada verbalmente, pousou as calças com hesitação, olhou para o dispositivo externo durante algum tempo e depois vestiu as cuecas e retomou a sequência.</p>
---	---	--	--

<p>Autocuidado: comer</p> <p>Dependente em grau reduzido</p> <p><u>Manifestado por:</u> dificuldade em organizar a tarefa, falha na sequência correta dos pratos (sopa, conduto e sobremesa) e utilização do talher correto;</p> <p><u>Relacionado com:</u> planeamento, iniciação e sequência da tarefa, apraxia ideomotora, déficit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que a doente desenvolva potencial para planejar, organizar e sequenciar corretamente a tarefa; - Que a doente desenvolva potencial para categorizar os talheres e manuseá-los corretamente, de acordo com o prato; 	<ul style="list-style-type: none"> - Restringir o material disposto na mesa ao essencial necessário à tarefa; - incentivar a doente a decidir sobre qual o prato pelo qual quer iniciar a refeição; - Incentivar a doente a optar pelo talher mais adequado para cada prato da refeição; - Fornecer cada prato isoladamente e na sequência correta; - Promover um ambiente calmo, livre de outros estímulos que possam prejudicar a atenção focada e mantida na tarefa. 	<p>10/11 – a doente tem dificuldade em iniciar a tarefa, aparentemente por lentificação. Após algum tempo, inicia o comportamento e, apesar de demorar mais tempo que o esperado, termina a tarefa sem interferência de terceiros. Fornecido um prato de cada vez.</p> <p>11/11 - Foi gerido o ambiente e restrito o material circundante à doente. Foi fornecido o tabuleiro com três opções diferentes (uma sopa e duas sobremesas distintas), a doente destapou as três taças e ia iniciar a refeição por uma das sobremesas. Quando advertida verbalmente “qual é a ordem correta dos pratos?”, fez uma careta e pousou a sobremesa e pegou na sopa. Denote-se que não foi referida a ordem correta previamente.</p> <p>12/11 – ingeriu a papa do pequeno almoço de forma independente e em tempo razoável. Ao almoço, é retirado todo o material alheio à alimentação e é disposto na mesa o tabuleiro</p>
--	---	--	---

atencional, alteração da memória de trabalho;			<p>com a sopa, conduto e sobremesa; inicia a refeição de forma espontânea e sequencia a mesma corretamente, alimenta-se por mão própria em tempo razoável; Adequa os talheres ao prato a ingerir.</p> <p>Apesar do desempenho ser satisfatório, é necessário, em intervenções futuras, providenciar refeições mais complexas (pão, manteiga, leite, açúcar, ...) para testar as funções executivas e a manutenção da atenção (focada e mantida, principalmente).</p>
Equilíbrio Corporal Comprometido <u>Manifestado por:</u> défice do equilíbrio estático na posição ortostática (ocasional), défice	- Que a Sra. A. desenvolva potencial para manter equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática e durante o andar;	- Estimular a manter o equilíbrio corporal, através da correção postural; - Estimular a alternância de carga nos membros inferiores - Estimular a carga uni podal; - Estimular exercícios de coordenação de movimentos;	10/11 – Equilíbrio estático na posição ortostática fraco, com posteriorização do tronco, pelo que se deslocou ao wc em cadeira sanitária. A meio do turno foi possível realizar treino do equilíbrio em pé, com correção postural. Equilíbrio estático na posição ortostática razoável após algumas correções posturais com recurso a espelho.

<p>do equilíbrio dinâmico durante a fase oscilante da marcha, principalmente em situações de mudança de direção (ocasional)</p> <p><u>Relacionado com:</u></p> <p>lesão por ateroventricúlia, alteração da percepção visuoespacial</p>			<p>11/11 – doente com menor desequilíbrio, realiza marcha com alguma segurança, desequilíbrios ocasionais na mudança de direção. Foi estimulado o equilíbrio com carga alternada, uni podal e coordenação de movimentos em contexto do vestir e calçar (optei por associar os dois treinos devido à diminuída tolerância da doente à estimulação, apesar de não ser o ideal)</p> <p>12/11 – Apresenta desequilíbrio dinâmico na posição ortostática muito ocasional, manteve-se treino em contexto do autocuidado (andar no corredor até ao wc, vestir e calçar); desequilíbrio estático não observado.</p>
--	--	--	---

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A possibilidade de ter novo contacto com a Sra. A. permitiu-me dar continuidade ao plano de cuidados previamente instituído e testar a aplicação dos dispositivos externos compensatórios desenvolvidos, entretanto. Como já referi, a Sra. A. despertou-me para a pertinência da avaliação dos défices cognitivos, mais especificamente os atencionais e executivos, no contexto do autocuidado. Apesar de sentir que a avaliação através da expressão comportamental dos défices é complexa e morosa, penso que as repercussões a nível funcional podem compensar essa dificuldade. Os resultados são visíveis através da capacidade em realizar atividades ou etapas duma atividade, o que se traduz num feedback interessante para o enfermeiro e muito vantajoso para a pessoa lesada.

O facto desta abordagem não ter por base uma potencial capacidade de generalização é, a meu ver também uma vantagem. Estamos a falar de uma pessoa com défices cognitivos cumulativos, em que não temos uma base de trabalho sólida que possa compensar défices pontuais. Como tal, um trabalho no contexto central das exigências cognitivas sentidas tornou-se imperial para mim. A título de exemplo: a cápsula de proteção da escova dos dentes foi, desde o início, um fator stressor para a doente. Podia (e talvez devesse?) omitir esse passo e apresentar a escova sem cápsula à doente. Contudo, achei pertinente mantê-la pois trabalhar a apraxia (ideomotora ou construtiva), segundo a literatura, requer repetição dos movimentos diariamente, mão na mão quando necessário. E visto a doente ter uma reserva cognitiva baixa, não consigo trabalhá-la isoladamente com outros materiais, daí a insistência da tampa protetora. Poderia minimizar o défice da perceção visuoespacial, que possivelmente também concorre para a dificuldade da doente, através do uso de uma tampa de cor diferente, que promovesse maior contraste com a escova. Mas tal já acontece, por exemplo, com o frasco do desodorizante, e não foi um fator que tivesse impacto palpável na eficácia do movimento. Acredito que é importante manter um ambiente diversificado em termos de experiência, mesmo que o objetivo seja diminuir a sobrecarga cognitiva.

No que toca, precisamente, ao objetivo dos dispositivos externos compensatórios relativo à diminuição da sobrecarga cognitiva sentida por pessoas com défices cognitivos marcados, concluo que, no caso específico da Sra. A., surtiu efeito, principalmente no que toca à sequência das atividades. No segundo dia da

implementação dos mesmos, a doente já os usava como recurso e, da minha observação, demonstrava menor fadiga no final das atividades. No planeamento do material, talvez pela extensão da lista, o resultado foi mais prático, e não apresentou tanto sucesso a este nível. Talvez, no caso da Sra. A., devesse omitir passos como o desodorizante, e juntar outros, como o gel de banho e champô, diminuindo os itens da *check list*.

Ainda relativamente à lista de material (para planeamento dos cuidados de higiene), realço um pormenor: a doente pôs, maioritariamente, os vistos em cima das imagens relativas aos produtos, e não no quadrado disponível para o efeito. Talvez com a implementação desta lista em outros doentes possa vir a concluir até que ponto estes quadrados têm influência na estruturação do pensamento e tratamento da memória *versus* divisão/alternância da atenção.

Concluo, ainda relativamente aos dispositivos externos, que estes podem constituir um meio auxiliar da minha intervenção, mas que a abordagem que faço à medida que os implemento na rotina dos cuidados da doente é crucial para a sua efetividade. A forma como aponto repetidamente para as placas ou sinalética, sem falar num primeiro momento, para orientar a atenção da doente para o dispositivo, em como uso as mesmas palavras que estão escritas nas sequências para reforçar a ideia (sem criar um “falso problema” de instruções diferentes que possam confundir a doente), ou como é importante dar tempo à doente para perceber a informação, codificá-la e armazená-la para que possa, esperamos nós, vir a recuperá-la em situações similares.

Um aspeto da minha intervenção que fui adaptando de acordo com o *feedback* da doente foi colocar a minha mão a ocluir a etapa seguinte, substituindo, assim, o processo cognitivo de inibição, para que a doente não lesse a etapa fora do tempo. Pormenores que, para mim, são uma descoberta e, provavelmente, serão reestruturados para outros doentes, não deixando de ter a sua cota parte de impacto no processo.

Uma última ressalva: o processo de preparação para a alta iniciado no internamento anterior teve implicações no atual. Quando a doente teve alta clínica, já tinha tido consulta de avaliação numa instituição que presta serviços de medicina física e reabilitação, em que o internamento foi dado não foi concedido. Visto os défices da doente serem maioritariamente (ou exclusivamente) cognitivos, eu e a

enfermeira responsável pela doente discutimos, em equipa com os restantes enfermeiros, quais as opções duma doente com estas características para continuar o programa de reabilitação. Chegamos à conclusão que, já que a vontade dos familiares era levar a doente para o domicílio, devia ser facilitado, pelo menos, um acompanhamento por neuropsicologia, existente no hospital. Foi articulado com o médico responsável pela doente e esta foi referenciada para consulta nesse serviço. Entretanto, o estado de saúde da doente agravou, mas, no segundo dia pós operatório do presente internamento, houve um primeiro contacto da neuropsicóloga do hospital no sentido de começar a seguir a doente, ainda no internamento.

Penso que a discussão desta situação em equipa foi produtiva e terá um impacto positivo no processo de reabilitação da Sra. A. Nem sempre é fácil ou óbvio, mas avaliamos a doente no seu todo e trabalhamos todas as valências da funcionalidade (não só a física e visível), portanto temos o dever de nos articularmos com outros profissionais, sejam médicos, assistentes sociais, entre outros, no sentido de proporcionar a melhor resposta possível face aos recursos de que dispomos.

Apêndice VIII – DE e fotografias do WC

Dispositivos Externos

MATERIAL PARA HIGIENE DIÁRIA

PRODUTOS DE HIGIENE

1. SHAMPOO

☐


2. GEL DE BANHO

☐


3. CREME HIDRATANTE

☐


4. DESODORIZANTE

☐


5. ESCOVA DO CABELO

☐


6. PASTA DOS DENTES

☐


7. ESCOVA DOS DENTES

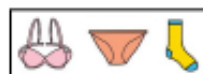
☐


8. TOALHA PARA SECAR

☐


ROUPA PARA VESTIR

11. ROUPA INTERIOR

☐


12. CAMISOLA

☐


13. CALÇAS

☐


14. CALÇADO

☐


MATERIAL PARA HIGIENE DIÁRIA

PRODUTOS DE HIGIENE

1. SHAMPOO

☐


2. GEL DE BANHO

☐


3. CREME HIDRATANTE

☐


4. DESODORIZANTE

☐


5. ESCOVA DO CABELO

☐


6. PASTA DOS DENTES

☐


7. ESCOVA DOS DENTES

☐


8. LÂMINA DE BARBEAR

☐


9. ESPUMA DE BARBEAR

☐


TOALHA PARA SECAR

☐


ROUPA PARA VESTIR

1. ROUPA INTERIOR

☐


2. CAMISOLA

☐


3. CALÇAS

☐


4. CALÇADO

☐


Dispositivos Externos

Vestir

1. VESTIR SOUTIEN



2. VESTIR CAMISOLA



3. VESTIR CUECAS



4. VESTIR CALÇAS



5. CALÇAR MEIAS



6. CALÇAR SAPATOS



7. VESTIR CASACO



Vestir

1. VESTIR CAMISOLA



2. VESTIR CUECAS



3. VESTIR CALÇAS



4. CALÇAR MEIAS



5. CALÇAR SAPATOS



6. VESTIR CASACO



Dispositivos Externos

BANHO

1. MOLHAR O CORPO



2. USAR PRODUTO DE HIGIENE



3. LAVAR CABELO



4. LAVAR CORPO



5. PASSAR POR ÁGUA



6. SECAR O CORPO



BANHO

1. MOLHAR O CORPO



2. USAR PRODUTO DE HIGIENE



3. LAVAR CABELO



4. LAVAR CORPO



5. PASSAR POR ÁGUA



6. SECAR O CORPO



Dispositivos Externos

LAVAR OS DENTES

1. PASTA DOS DENTES



2. ESCOVA DOS DENTES



3. COLOCAR A PASTA NA
ESCOVA DOS DENTES



4. ESCOVAR OS DENTES



5. BOCHECAR COM ÁGUA



6. DEITAR FORA A ÁGUA



FAZER A BARBA

1. MOLHAR A CARA



2. ESPALHAR ESPUMA DE BARBEAR NA CARA



3. PASSAR A LÂMINA



4. LAVAR A CARA



5. SECAR A CARA



Fotografias



Apêndice IX – Plano de Cuidados Sra. G.

**Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem *de
Reabilitação***

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Plano de Cuidados

Catarina Magalhães Soares

Lisboa

Novembro de 2017

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	178
1. IDENTIFICAÇÃO E DADOS GERAIS	179
2. APRECIÇÃO DA DOENTE	180
2.1 História clínica atual	180
2.2. Antecedentes Pessoais.....	181
2.3. Alergias	181
2.4. Medicação Prescrita.....	182
2.5. Auscultação Pulmonar / Respiração	183
2.6. Avaliação Neurológica	183
2.7. Avaliação da funcionalidade	187
3. PLANO DE CUIDADOS	189
CONSIDERAÇÕES FINAIS	202
BIBLIOGRAFIA	205
APÊNDICE I – Tabela de registo de sessões	206

INTRODUÇÃO

O seguinte trabalho compreende um plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação direcionado à Sra. G, uma doente internada no serviço de neurocirurgia.

Os dados apresentados na história de saúde atual foram colhidos do processo clínico da doente e incluem dados desde a admissão até à data de internamento no serviço de neurocirurgia. Este plano teve início no dia 6 de novembro, no decorrer do primeiro contacto com a doente.

Elegi a Sra. G. para explicar o meu pensamento, na construção de um estudo de caso que aprofunde o processo de plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, com enfoque num programa de estimulação sensorial, pois trata-se uma doente que se encontra em estado vegetativo, com abertura ocular espontânea e resposta motora à dor alternada entre fuga e localização.

Este planeamento inicia-se com uma avaliação da doente, seguidamente é apresentado um plano de intervenção de reabilitação, que inclui diagnósticos sensíveis ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, a partir dos quais são delineados objetivos, intervenções individualizadas e colhidos dados para avaliação dos resultados e reformulação da intervenção, quando necessário. Por fim, são apresentadas as considerações finais, manifestando dúvidas e dificuldades sentidas no decorrer do mesmo, bem como pontos chave a reter sobre todo o processo.

1. IDENTIFICAÇÃO E DADOS GERAIS

Nome: G. L.

Idade: 65 anos

Peso: 82 kg

Altura: ≈1m60 cm

Índice de Massa Corporal (IMC): 30,12 kg/m

Género: Feminino

Raça: caucasiana

Nacionalidade: Portuguesa

Estado Civil: casada

Profissão: Doméstica

Agregado Familiar / Pessoa de Referência: reside em Serpa com o marido, tem três filhos, que vivem perto, a filha é a pessoa de referência da doente.

Data de Internamento: 11/10/2017

Motivo de Internamento: Hematoma subdural agudo

2. APRECIÇÃO DA DOENTE

2.1 História clínica atual

A Sra. G. apresenta história de doença arterial coronária, com angor, que motivaram a realização de eletiva de cateterismo cardíaco e julho de 2011 com colocação de dois stents revestidos na artéria descendente anterior. Por prova de esforço positiva para isquemia, realizou um segundo cateterismo cardíaco em setembro de 2016 com colocação de um stent revestido na artéria descendente posterior direita. Fica desde então com terapêutica dupla antiagregante.

Desde o início de outubro de 2017 com vários episódios de quedas, recorre ao serviço de urgência do hospital da zona de residência a 11 desse mês por diminuição da força no hemicorpo direito, com agravamento progressivo desde há cinco dias. À avaliação inicial encontrava-se consciente, com isocoria e isoreatividade pupilar, com hemiparesia direita de predomínio crural. Realiza TAC-CE que revelou hematoma subdural frontoparietal esquerdo com várias camadas e densidades, com efeito de massa sobre as estruturas adjacentes, associando-se um desvio da linha média, com pequena herniação subfalcial e apagamento do ventrículo esquerdo.

Transferida então para o hospital de lisboa central, onde a avaliação à admissão era sobreponível à inicial, suspende anti agregação plaquetária e é admitida no serviço de neurocirurgia para aguardar provável intervenção cirúrgica. Dia 16 realiza TAC – CE de controlo que mostrou coleção subdural da convexidade frontoparietal esquerda de densidade heterogénea com componente hipodenso e componente discretamente hiperdenso a determinar o desvio da interface substância branca/substância cinzenta, moldagem e desvio contralateral do ventrículo homolateral e das estruturas medianas supratentoriais.

É então submetida a intervenção cirúrgica dia 18: realizada trepanação frontal e parietal esquerdas, com drenagem do hematoma. No pós-operatório imediato observou-se agravamento do estado de consciência, com score 9 na ECG (abertura ocular ao estímulo verbal - 3; localiza a dor - 5; sem resposta verbal – 1). Realizou TAC- CE que mostrou coleção subdural pericerebral esquerda, com sinais evidentes de hemorragia aguda.

A doente foi novamente submetida a intervenção cirúrgica na madrugada de dia 19: craniotomia frontoparietotemporal esquerda com drenagem de hematoma subdural e remoção de membranas e de hematoma organizado subjacente e adjacente ao córtex cerebral. Colocação e fixação de dreno subgaleal.

Permaneceu no serviço de cuidados intensivos 13 dias, com estado neurológico sobreponível durante todo o internamento, com score na ECG oscilante entre 7-8 (abertura ocular à dor, resposta motora alternada entre fuga e localização do estímulo doloroso).

Como intercorrência destaca-se uma crise convulsiva prolongada a 22 de outubro, sem recidivas; apresentou uma infeção do trato urinário e *Streptococcus pneumoniae* multissensível nas secreções brônquicas, tratada com antibioterapia;

Realizou vários TAC-CE de controlo que revelaram uma normal evolução das densidades hemáticas subdurais e subaracnoideias. Do ponto de vista respiratório foi possível o desmame progressivo do ventilador, contudo devido ao score baixo de consciência foi realizada traqueostomia a 2 de novembro. Por se apresentar estável clinicamente, dia 3 é transferida para a enfermaria de neurocirurgia para continuação de cuidados.

2.2. Antecedentes Pessoais

- Hipertensão arterial;
- Dislipidemia;
- Diabetes Mellitus tipo 2, insulinotratada;
- Doença Arterial Coronária

2.3. Alergias: sem alergias conhecidas.

2.4. Medicação Prescrita

Fármaco	Dosagem	Grupo Farmacológico	Horário
Sulfato Ferroso	329,7mg	Tratamento de anemia ferropénica	8 horas
Ácido Acetilsalicílico (comprimido)	100mg	Antiagregante Plaquetário	8 horas
Levetiracetam (comprimido)	500mg	Antiepilético	8 – 20 horas
Ácido Valpróico (comprimido)	500mg	Neuroléptico – Antipsicótico	00 – 6 – 12 - 16 horas
Bisoprolol	2,5mg	Bloqueador Beta	12 horas
Insulina Mixtard	36 unidades + 10 unidades + 40 unidades	Insulina humana isofânica	8 – 13 – 19 horas
Dieta entérica diabética (bólus)	500ml	Alimentação artificial	8 - 20 horas
Esomeprazol (comprimido)	40mg	Inibidor da bomba de Protões – Protetor Gástrico	22 horas

2.5. Auscultação Pulmonar / Respiração

Inspeção Estática	Não se observam alterações a nível da morfologia, diâmetros torácicos e assimetrias. Sem curvaturas anormais da coluna torácica. Sem alterações a nível muscular ou emagrecimento. Não apresenta tumefações ou lesões em toda a região do tórax, incluindo região mamária. Não apresenta desvio da traqueia.
Inspeção Dinâmica	Em relação aos movimentos torácicos simétricos, com respiração profunda e mais superficial por períodos, e eupneica.
Palpação	Não se observam alterações. Sem tumefações, lesões ou adenopatias
Percussão	Ressonância normal- som claro pulmonar.
Auscultação	Auscultação de ruídos adventícios – roncos e sibilos dispersos e diminuição do murmúrio vesicular em ambas as bases pulmonares.
Tosse / Expetoração	Apresenta tosse ineficaz. Apresenta secreções espessas esbranquiçadas, em moderada quantidade, que não expele.

Apresenta-se normotensa, sem necessitar de terapêutica, tensão arterial sistólica a oscilar entre 100mmHg e 130mmHg, a diastólica a oscilar entre 50mmHg e 80mmHg. A frequência cardíaca oscila entre 65bpm e 85bpm.

2.6. Avaliação Neurológica (6 de novembro de 2017)

Estado Mental	
Consciência	<p>Score 9 na ECG (abertura ocular ao estímulo verbal - 3; localiza a dor - 5; sem resposta verbal – 1).</p> <p>Nível 2 na <i>Rancho Los Amigos Cognitive Recovery Scale</i> (mobiliza o membro superior esquerdo, mas aparentemente sem propósito. Abre espontaneamente os olhos, mas não dirige o olhar)</p>

Orientação Atenção Memória Linguagem Conhecimento Funções práticas	<p>Não é possível avaliar devido ao estado de consciência.</p> <p>Antes da lesão não apresentava alterações, segundo a família.</p>
Pares Cranianos	
I Olfativo	Não é possível verificar se a pessoa consegue identificar o cheiro. A família refere que antes da lesão a pessoa não apresentava alterações.
II Ótico	Não é possível avaliar a visão. O familiar refere que antes da lesão a pessoa não apresentava alterações.
III Oculomotor IV Patético VI Motor ocular externo	<p>Avaliada a resposta pupilar apresentando foco luminoso do canto externo para a linha nasal. Pupilas Iso reativas. Ao testar os movimentos conjugados verifica-se que não segue o movimento.</p>
V Trigêmio	Foi testada a sensibilidade da face nas três divisões (oftálmico/maxilar/mandibular), porém não foi possível verificar se a pessoa sente. Não foi possível testar os movimentos de mastigação.
VII Facial	Aparenta ligeiro desvio da comissura labial para a esquerda, com apagamento ligeiro do sulco nasogeniano à direita; Não foi possível avaliar o reconhecimento de sabores.

VIII Acústico	Não é possível realizar teste de Weber e Teste Rinne. Porém verifica-se reação a estímulos auditivos. Não é possível avaliar o equilíbrio. Antes da lesão não apresentava alterações ao nível da audição e equilíbrio, segundo a família.
IX Glossofaríngeo	Não é possível verificar o reconhecimento de sabores. Antes da lesão não apresentava alteração ao nível do reconhecimento de sabores.
X Vago	Apresenta tosse ineficaz. Não é possível avaliar reflexo do vômito, alteração do tom de voz, fadiga vogal e rouquidão.
XI Espinhal	Não apresenta movimentos ativos da cabeça e pescoço.
XII Hipoglosso	Não foi possível avaliar desvios e movimentos da língua. Não se verifica aparente desvio da úvula.

Força Muscular (Escala Medical Research Council)			
Cabeça e pescoço	Flexão	1/5	
	Extensão	1/5	
	Flexão lateral esquerda	0/5	
	Flexão lateral direita	0/5	
	Rotação	0/5	
Membros Superiores		Esquerdo	Direito
Escapulo - umeral	Flexão	1/5	0/5
	Extensão	1/5	0/5
	Adução	1/5	0/5

	Abdução	1/5	0/5
	Rotação interna	1/5	0/5
	Rotação externa	1/5	0/5
Cotovelo	Flexão	1/5	0/5
	Extensão	1/5	0/5
Antebraço	Pronação	1/5	0/5
	Supinação	1/5	0/5
Punho	Flexão	1/5	0/5
	Extensão	1/5	0/5
	Desvio Radial	1/5	0/5
	Desvio Cubital	1/5	0/5
	Circundação	---	---
Dedos	Flexão	1/5	0/5
	Extensão	1/5	0/5
	Adução	1/5	0/5
	Abdução	1/5	0/5
	Circundação	---	---
	Oponência do polegar	1/5	0/5
Membros Inferiores		Esquerdo	Direito
Coxo-femoral	Flexão	0/5	0/5
	Extensão	0/5	0/5
	Adução	0/5	0/5
	Abdução	0/5	0/5
	Rotação interna	0/5	0/5
	Rotação externa	0/5	0/5
Joelho	Flexão	0/5	0/5
	Extensão	0/5	0/5
Tibiotársica	Flexão plantar	0/5	0/5
	Dorsiflexão	1/5	0/5
	Inversão	0/5	0/5
	Eversão	0/5	0/5
Dedos	Flexão	1/5	0/5

	Extensão	1/5	0/5
	Adução	0/5	0/5
	Abdução	0/5	0/5

Tónus Muscular

A Sra. G. apresenta hipotonicidade no hemicorpo direito e no hemicorpo esquerdo, aparentemente, sem alterações de tónus.

Sensibilidade

Não é possível avaliar a sensibilidade, apenas a resposta ao estímulo doloroso. Apresenta resposta à compressão ungueal e supraorbitária, com flexão dos membros e elevação da mão acima da clavícula ao estímulo doloroso na cabeça. Antes da lesão não apresentava alterações de sensibilidade, segundo a família.

Coordenação e Equilíbrio

Não é possível avaliar coordenação dos movimentos ou equilíbrio.

2.7. Avaliação da funcionalidade

O nível de funcionalidade da Sra. G. apresenta FIM 1 em todos os parâmetros avaliados, o que se traduz numa ajuda total em todas as AVD.

Parâmetro	Pontuação
Autocuidado	
Alimentação	1/7 (Alimentada por SNG)
Higiene Pessoal	1/7 Ajuda total
Banho	1/7
Vestir a metade superior do corpo	1/7
Vestir a metade inferior do corpo	1/7
Utilização do Sanitário	1/7
Controlo de Esfíncteres	
Controlo Vesical	1/7 Ajuda total (algaliada)
Controlo Intestinal	1/7 (perdas fecais para fralda)
Mobilidade e Transferências	
Leito - cadeira	---
Sanitário	---

Chuveiro	---
Locomoção	
Marcha	---
Escadas	---
Comunicação	
Compreensão	---
Expressão	---
Cognição Social	
Interação Social	---
Resolução de Problemas	---
Memória	---

3. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico	Resultados esperados	Intervenção	Registo e Avaliação
<p>Limpeza das vias aéreas ineficaz</p> <p>Manifestado por: auscultação de ruídos adventícios – roncos nos lobos superiores bilaterais e presença de secreções esbranquiçadas, espessas, com tosse ineficaz;</p>	<p>- Que a Sra. G. apresente menor desconforto respiratório através da expansão pulmonar adequada e permeabilidade das vias aéreas, com mobilização e eliminação das secreções brônquicas.</p> <p>- Que a doente apresente</p>	<p>- Realizar avaliação respiratória antes e após realização de exercícios de reeducação funcional respiratória;</p> <p>- Posicionar a pessoa de forma a realizar drenagem postural modificada (decúbito semifowler) e expansão torácica através da abdução dos membros superiores;</p> <p>- Realizar manobras acessórias predominantemente na região torácica superior (vibração, compressão);</p>	<p>6/11 - A Sra. G. encontra-se eupneica, com respiração mista, superficial, simétrica. Mantém aporte oxigénio por a 3 L/min com saturações de O₂- 98%. Mantém diminuição do murmúrio vesicular nas bases pulmonares. Foram realizados exercícios de reeducação funcional respiratória, dado ênfase na região torácica inferior, auscultados roncos nos lobos superiores, sendo realizados manobras acessórias na região torácica superior, aspiração de secreções em moderada quantidade e posicionada em semifowler. Tolerou O₂ a 1,5 L/min durante um período de 40 minutos após os exercícios, tendo então a</p>

<p>necessidade de traqueostomia com aporte O2 a 3 l/min; respiração superficial com predomínio abdominal, diminuição do murmúrio vesicular em ambas as bases pulmonares;</p> <p>Relacionado com:</p> <p>Hematoma subdural</p>	<p>saturações O2 > 95%, ausência de ruídos adventícios e murmúrio vesicular mantido; - Que diminua o trabalho respiratório e aumente da mobilidade torácica, se encontre eupneica, com ritmo normal, padrão respiratório predominantemente toraco-abdominal, com respiração profunda e murmúrio vesicular mantido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aspirar a via aérea, quando necessário; - Avaliar e registrar características das secreções; - Vigiar saturação de O2, reduzir o aporte de O2 gradualmente e por períodos curtos, vigiando a tolerância da doente 	<p>saturação baixado para os 96%, pelo que se recolocou dosagem inicial.</p> <p>7/11 – A Sra. G. encontra-se eupneica, com respiração mista, superficial, simétrica. Mantém aporte oxigênio por a 3 L/min com saturações de O2- 98%. Mantém diminuição do murmúrio vesicular nas bases pulmonares.</p> <p>Foram realizados exercícios de reeducação funcional respiratória dando ênfase à reeducação costal inferior. Foram auscultados roncos dispersos, sendo realizados manobras acessórias, aspiração de secreções espessas em moderada quantidade e posicionada em fowler. Tolerou O2 a 1,5 L/min, com saturações de 97-98% após os exercícios pelo que mantém o débito de O2.</p> <p>8/11 - eupneica, com respiração mista, superficial, simétrica. Mantém aporte oxigênio por a 1,5 L/min com saturações de O2- 98%.</p>
---	---	---	---

	<p>- Que seja possível diminuir ou terminar o aporte de O₂;</p>		<p>Mantém diminuição do murmúrio vesicular nas bases pulmonares.</p> <p>Foram realizados exercícios de reeducação funcional respiratória dando ênfase à reeducação costal inferior. Foram auscultados ronos dispersos, sendo realizados manobras acessórias, aspiração de secreções espessas em moderada quantidade e posicionada em fowler. Tolerou O₂ a 1,5 L/min, com saturações de 97-98% após os exercícios pelo que mantém o débito de O₂.</p> <p>10/11 - encontra-se eupneica, com respiração mista, superficial, simétrica. Mantém aporte oxigênio por a 1 L/min com saturações de O₂-99%. Diminuição do murmúrio vesicular nas bases pulmonares presente mas menos acentuado. Foram realizados exercícios de reeducação funcional respiratória. Não foram auscultados ronos dispersos, mas foi realizada</p>
--	--	--	--

			<p>limpeza da cânula da traqueostomia por apresentar secreções espessas em reduzida quantidade e posicionada em decúbito fowler. Tolerou retirada de aporte de O2, com saturações de 96-98% após os exercícios. Fica sem aporte de O2.</p> <p>12/11 - eupneica, com respiração mista, superficial, simétrica. Sem aporte de O2, com saturações de O2- 98-99%. Diminuição do murmúrio vesicular nas bases pulmonares presente, mas menos acentuado. Foram realizados exercícios de reeducação funcional respiratória. Não foram auscultados roncos dispersos, mas foi realizada limpeza da cânula da traqueostomia por apresentar secreções espessas em reduzida quantidade e posicionada em decúbito fowler.</p>
--	--	--	--

<p>Movimento Muscular diminuído</p> <p><u>Manifestado por:</u> Alteração da força muscular segundo eMRC, hipotonicidade no hemicorpo direito</p> <p><u>Relacionado com:</u> Hematoma subdural; Alteração do estado de consciência</p>	<p>Que a Sra. G. apresente integridade das estruturas articulares, mantenha a amplitude dos movimentos, melhore a circulação de retorno e mantenha a pele íntegra;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar ambiente calmo; - Avaliar a força muscular recorrendo à escala MRC; - Avaliar tónus muscular recorrendo escala de Ashworth modificada; - Informar a Sra. G. dos exercícios, antes de serem realizados e durante a sua realização estimulando a propriocepção; - Posicionar a doente, antes de realizar as mobilizações, promovendo conforto e alinhamento corporal ideal para mobilizar os diferentes segmentos corporais; - Realizar mobilizações passivas do hemicorpo direito, em todos os seus movimentos; 	<p>7/11 - Foi realizada avaliação da força muscular segundo escala MRC, não se verificam alterações à avaliação inicial. Foram realizadas mobilizações passivas em todos os segmentos corporais, estimuladas mobilizações ativas-assistidas no membro superior esquerdo, sem sucesso, pelo que foram realizadas mobilizações passivas. Não apresenta espasticidade em nenhum movimento articular. Foi massajada e posicionada no final, em decúbito lateral esquerdo. Apresenta pele íntegra, sem sinais de desidratação.</p> <p>8/11 - Não apresenta alterações ao nível da força muscular nem do tónus em relação à última avaliação. Foram realizadas mobilizações passivas em todos os segmentos corporais, com estimulação auditiva (descrição do movimento enquanto o realizava) e</p>
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Estimular mobilizações ativas assistidas de todos os movimentos do membro superior e inferior esquerdo; - Realizar as mobilizações, estimulando o toque (quando possível não utilizei luvas) - Promover períodos de repouso após realização dos exercícios; - Posicionar a Sra. G. colocando os segmentos corporais e articulações em posição funcional; - Realizar massagem do tronco e membros, a fim de promover a circulação sanguínea no local, retorno venoso, estimular sensibilidade tátil e prevenir dor; 	<p>massajada. Posicionada em decúbito lateral esquerdo. Mantém integridade cutânea.</p> <p>10/11 - Avaliada força muscular e verificou-se alterações a nível do membro superior esquerdo, apresentando força grau 2 no movimento de flexão da escapulo-umeral, nos movimentos de flexão e extensão do cotovelo e flexão e extensão do punho (avaliação indireta, em contexto de estimulação sensorial, o movimento propositado não foi conseguido na avaliação da força muscular). Não apresenta alterações ao nível do tônus em relação à última avaliação. Foram realizadas mobilizações passivas em todos os segmentos corporais, estimulada a mobilização ativa assistida dos movimentos do membro superior esquerdo (sem sucesso), com simultânea estimulação auditiva - descrição do movimento.</p>
--	--	--	---

		- Vigiar integridade cutânea	<p>No final foi posicionada no leito em decúbito lateral esquerdo. Mantém pele íntegra.</p> <p>12/11 - Avaliada força muscular e tônus, sem alterações face à avaliação anterior. Contudo, verificou-se alterações a nível do grau de força no membro inferior esquerdo, apresentando força grau 2 no movimento de dorsiflexão da tibio-társica e flexão e extensão dos dedos do pé, em contexto de estimulação sensorial (avaliação indireta). Não apresenta alterações ao nível do tônus em relação à última avaliação. Foram realizadas mobilizações passivas em todos os segmentos corporais, estimulada a mobilização ativa assistida dos movimentos do membro superior esquerdo (sem sucesso), com simultânea estimulação auditiva - descrição do movimento. No final foi massajada e posicionada no leito em decúbito lateral esquerdo. Mantém pele íntegra.</p>
--	--	------------------------------	---

<p>Déficite Sensorial</p> <p><u>Manifestado por:</u></p> <p>Score 9 na ECG (abertura ocular ao estímulo verbal - 3; localiza a dor - 5; sem resposta verbal – 1).</p> <p>Nível 2 na <i>Rancho Los Amigos Cognitive Recovery Scale</i> (mobiliza o membro superior esquerdo, mas aparentemente sem propósito.</p>	<p>Que a Sra. G. reconheça os estímulos autobiográficos e apresente um score > 9 na ECG e na <i>Rancho Los Amigos Cognitive Recovery Scale</i> score nível >2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar avaliação neurológica; - Avaliar os sensores de forma a adequar a estimulação sensorial; - Monitorizar o estado de consciência através da ECG e <i>Rancho Los Amigos Cognitive Recovery Scale</i>; - Recolher informação acerca da pessoa, junto do marido e filha, pertinente para a adequação de estímulos; - Estabelecer um plano de regulação sensorial; - Gerir o ambiente (ambiente calmo, adequar luminosidade e ruídos) 	<p>6/11 – Avaliação neurológica inicial (já descrita anteriormente), realizada colheita de dados sobre a Sra. G.: relações significativas (fotografias dos netos), preferências musicais (relacionadas com hábitos sociais – gosta de dançar em bailes – cântico alentejano, José Malhoa, Emanuel), interesses (futebol, seguia o neto e via jogos frequentemente); ao estímulo auditivo (música significativa, duração 10min.), elevou a frequência respiratória e cardíaca em 4 bpm; estímulo tátil (carícia na face) mexeu a mão esquerda; ao estímulo auditivo (chamar pelo nome próprio), abriu o olho esquerdo; estímulo tátil (massagem nos pés, aprox. 10min.): abriu os olhos ao primeiro toque nos pés, depois fecha; apresentou movimentos oculares e pestanejar seguido de relaxamento facial e ligeira abertura da boca, diminui a FR e FC (9 bpm);</p>
---	--	---	--

<p>Abre espontaneamente os olhos, mas não dirige o olhar)</p> <p><u>Relacionado com:</u></p> <p>Hematoma Subdural;</p> <p>Alteração do estado de consciência</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Evitar outros estímulos quando se está a realizar o estímulo planeado (evitando hiperestimulação); - Realizar sessões curtas de estimulação (20/30 minutos). - Estimular sensores visuais, auditivos, olfativos, do paladar (invocar memórias autobiográficas quando possível); - Estimular sensores proprioceptivos e táteis (contrariando as possíveis sequelas resultantes das lesões cerebrais) - Realizar intervenções de estimulação sensorial com estímulos autobiográficos; 	<p>7/11 – Avaliação neurológica sobreponível; realizado estímulo auditivo (sons da natureza, aprox. 5min.), apresentou relaxamento facial aos sons de grilos, pássaros e chuva a cair; ao estímulo auditivo (música significativa aprox. 5min.), apresentou movimentos das sobrancelhas (surpresa?); realizada tentativa de estímulo olfativo (lavanda), sem tolerância de oclusão da cânula;</p> <p>8/11 – Realizado estímulo bimodal (tátil e auditivo - toque no peito e chamar pelo nome, aprox. 5min.) com consequente movimento ocular e, após uma “piada” dita à doente ainda com o toque no peito, ocorre uma micro expressão sorrir? e abertura ocular; ao estímulo auditivo (música significativa, aprox. 10min), apresentou elevação da TA, FR e FC, movimentos da mão esquerda (4 vezes ao longo dos 10min.), da pálpebra esquerda, cerrou os lábios, movimentos do nariz, lábios e deglutiou</p>
--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Informar os familiares acerca do plano de estimulação sensorial; - Envolver os familiares no plano de regulação sensorial (se possível); - Observar e registar movimentos faciais, ou micro expressões faciais na realização da regulação sensorial; 	<p>(elevação da glote); ao estímulo tátil (superfície com picos) no hemicorpo direito, sem reação, e no hemicorpo esquerdo com movimentos da mão esquerda e franzir do nariz</p> <p>10/11 – mantém avaliação neurológica sobreponível; realizado estímulo auditivo (música significativa, aprox. 10min.), com elevação da FC (3 bpm) e movimentos de boca, elevou o braço e movimentou a mão esquerda por 2 vezes; estimulado o paladar (gotas de água com açúcar na porção mais distal da língua e lábios, aprox. 5 min.): micro expressão facial “estranheza”?, movimentos do membro superior esquerdo - elevação até ao abdómen, movimentos de língua quando caiu uma gota nos lábios, e da boca, movimento de deglutição; quando escorreu uma gota do canto da boca para a face, ocorreu movimento do braço esquerdo até ao peito, movimentos do punho e abriu a mão; ao estímulo tátil (massagem com</p>
--	--	--	---

			<p>aparelho vibratório): movimento de retirada da mão quando colocado aparelho vibratório debaixo da mesma, quando colocado na face plantar do pé esquerdo ocorreu micro expressão de estranheza?, movimentos da mão esquerda e franziu o sobrolho;</p> <p>11/11 – Avaliação neurológica sobreponível; realizada estimulação bimodal (tátil e auditiva – mobilizações com descrição do movimento, aprox. 10min): inicialmente tinha os olhos abertos, quando se iniciou o estímulo no membro superior esquerdo fechou os olhos, franziu o olho esquerdo (terá dor?), e quando mobilizados os membros inferiores ocorre abertura ocular; realizado estímulo auditivo (música significativa, aprox. 10min.): movimentos oculares quando a música começou, movimentos da boca ao longo da música; tentativa de estímulo visual com fotografias que foi possível durante aprox. 10</p>
--	--	--	--

			<p>segundos em que a doente manteve os olhos abertos e lacrimejou, fechando os olhos, de seguida;</p> <p>12/11 – mantém avaliação neurológica sobreponível à inicial; realizada estimulação bimodal (tátil e auditiva – mobilizações com descrição do movimento, aprox. 15min.): apresentou micro expressão de surpresa aos primeiros toques; à mobilização do membro inferior esquerdo ocorreu abertura ocular e foi testado toque de partes do corpo com a mão esquerda da doente, descrevendo as partes do corpo que estavam a ser tocadas, em que a doente manteve a abertura ocular prolongada, movimento com o pé esquerdo, da boca e oculares, com aumento da FC (10 bpm); Ao estímulo auditivo (música significativa) apresentou movimentos mastigatórios e de língua e micro expressão de surpresa; Por fim foi estimulado o paladar, através de gotas de</p>
--	--	--	--

			<p>água com açúcar, em que ocorreram movimentos mastigatórios, deglutição, lambeu os lábios e elevou o membro superior esquerdo até ao peito quando aplicada uma gota na zona da comissura labial.</p>
--	--	--	--

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de caso surge da dificuldade em avaliar e intervir na pessoa com alteração grave do estado de consciência. No caso concreto da Sra. G., trata-se de um estado vegetativo, ou seja, vígil mas sem consciência de si e do ambiente, sem respostas comportamentais voluntárias a estímulos, ausência de linguagem, mas com ciclos de sono-vigília e funções autónomas do hipotálamo e tronco cerebral preservadas (The Multi-Society Task Force on PVS, 1994).

Uma das dificuldades sentidas foi a avaliação do estado de consciência, em parte pela necessidade em adequar o ambiente (calmo e livre de outros estímulos concorrentes, minimizando o possível recrutamento da atenção seletiva), e depois na interpretação da resposta aos estímulos, muitas vezes inconsistente.

Segundo Giacino, Fins, Laureys & Schiff (2014), a avaliação do estado de consciência é realizada através da observação do seu comportamento e das respostas aos estímulos fornecidos pelo profissional. O ponto de partida deve ser providenciar um ambiente adequado à avaliação, ou seja, facilitador da perceção dos estímulos (adequados à pessoa) e utilizar escalas de avaliação comportamental, em que são usados estímulos ao nível de diferentes sensores, e analisada a resposta por parte da pessoa, considerando também as observações dos familiares e de outros profissionais (Giacino, Ashwal, Childs, Cranford, Jennett, Katz, ... Zasler, 2002).

A Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Function Scale é de fácil aplicação e pareceu-me um complemento válido à minha avaliação, pela possibilidade de caracterizar a pessoa e a sua evolução por níveis mais sensíveis de funcionalidade cognitiva.

Na fase de planeamento e preparação da intervenção, importa clarificar dois conceitos: a regulação e a estimulação sensorial. A regulação sensorial consiste em gerir o ambiente envolvente da pessoa e sensibilizar e informar os restantes membros da equipa e familiares sobre este aspeto, prevenindo uma sobre estimulação. Já a estimulação sensorial passa por providenciar estímulos de forma estruturada, trabalhando todas as modalidades sensoriais, quando possível, prevenindo a hiperestimulação e promovendo o aumento do nível de consciência (Giacino et al., 2002). Foi, para mim, importante realizar esta

distinção pois percebi que devemos regular o ambiente destes doentes de forma constante, minimizando o impacto negativo do meio hospitalar (alarmes, luz artificial branca e forte, entre outros) no bem-estar da pessoa, e só a partir daí podemos planejar uma estimulação sensorial adequada à pessoa em questão.

Através da estimulação sensorial poderemos criar um ambiente estimulante para a neuro plasticidade característica da fase aguda de LCA (Pascual-Leone, Amedi, Fregni & Merabe, 2005). Neste sentido, e apesar da insuficiência metabólica a nível cerebral, a estimulação externa produz ativação neural significativa. Esta limita-se ao córtex primário, dissociado do córtex associativo de ordem superior, necessário para a percepção consciente. Contudo, estudos revelaram que pessoas em estado vegetativo têm alterações nas ligações funcionais entre as áreas corticais distantes, tálamo e córtex, e que para a recuperação da consciência é necessária uma restauração dessa interação cortico-talamo-cortical. Ao proporcionar um som familiar/significativo, poderá existir ativação do córtex auditivo, refletindo uma codificação neural residual dos atributos do som, mesmo que sem mais processamento ou integração funcional (Boly, Faymonville, Peigneux, Lambermont, Damas, Fiore, ... Laureys, 2004).

Assim sendo, fez-me sentido desenvolver um plano de estimulação sensorial para a Sra. G., não sem antes procurar saber quais os estímulos possivelmente mais significativos. Procurei saber sobre as ocupações da Sra. A no seu dia-a-dia, as relações mais significativas, interesses e preferências. Nem sempre é fácil articular com a família, mas, neste caso específico, a família percebeu o objetivo das questões realizadas e proporcionou material suficiente para a seleção de estímulos. Foi também importante sensibilizar a família para a importância de estímulos (regulados), como o tom de voz dos familiares, o seu cheiro ao aproximarem-se da Sra. A. e o toque.

Outros aspetos considerados foram os fatores que influenciam a estimulação sensorial. Segundo Gerber (2005), importa ter em conta a intensidade, a duração, a frequência, o intervalo de tempo entre estimulações, e o ambiente em que estas ocorrem. Quanto à duração e intensidade, Megha, Harpreet, & Nayeem (2013) defendem que sessões curtas de alta frequência apresentam maiores benefícios, pelo que foram realizadas intervenções, aproximadamente, de 30 minutos, todos os turnos que realizei durante o internamento da Sra. A. Por outro lado, no que diz respeito à duração, Oh & Seo

(2003) sugerem que um programa de intervenção deve ser aplicado pelo menos duas semanas, preferencialmente num período superior a um mês, para que se verifiquem resultados benéficos. Este aspeto não pôde ser trabalhado, devido à limitação do tempo de internamento estabelecido e posterior transferência da doente para um hospital da área de residência.

Ainda assim, acredito que a regulação sensorial pode e deve ser parte integrante de todos os cuidados prestados, com é exemplo os cuidados de higiene no leito, através da gestão do ambiente, descrição das atividades a realizar e dos movimentos/tarefas aquando da sua realização, integração de estímulos táteis que proporcionem conforto (colocar os pés na bacia de água morna, tocar com a mão ou toalha de forma cala e suave, entre outros) e restrição de estímulos concorrentes que possam levar à hiperestimulação.













Para registo e avaliação das sessões de estimulação sensorial realizadas, fiz uso de um instrumento disponível no serviço (Apêndice I), criado pela enfermeira que me orientou no ensino clínico em parceria com outras duas EEER, que foi de grande ajuda no registo dos comportamentos observados e, posteriormente, na avaliação que pude fazer da minha intervenção, modificando a sequência e o tipo de estímulos consoante a resposta da Sra. G. aos mesmos.







Considero a oportunidade de realizar estimulação sensorial muito constitutiva e enriquecedora, no sentido em que, por um lado, me tornei mais consciente sobre a pertinência da atuação do EEER na pessoa com alterações graves do estado de consciência e, por outro lado, me permitiu ter uma visão mais abrangente sobre as respostas comportamentais que estas pessoas podem desenvolver perante o estímulo “certo”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boly, M., Faymonville, M., Peigneux, P., Lambermont, B., Damas, P., Fiore, G. ... Laureys, S. (2004). Auditory Processing in Severely Brain Injured Patients Differences Between the Minimally Conscious State and the Persistent Vegetative State. *Archives of Neurology*, 61, 233-238.
- Gerber, C. (2005). Understanding and managing coma stimulation. Are we doing everything we can?. *Critical Care Nursing*, 28(2), 94-108.
- Giacino, J.T., Ashwal, S., Childs, N., Cranford, R., Jennett, B., Katz, D.I., ... Zasler, N.D. (2002). The minimally conscious state: definition and diagnostic criteria. *Neurology*, 58 (3), 349-53.
- Giacino, J.T., Fins, J.J., Laureys, S. & Schiff, N.D. (2014). Disorders of consciousness after acquired brain injury: the state of the science. *Nature Reviews Neurology*, 10 (2), 99-114.
- Megha, M., Harpreet, S. & Nayeem, EZ. (2013). Efeito da frequência de estimulação coma multimodal nos níveis de consciência de pacientes em coma por lesão cerebral traumática. *Brain Injury*, 27 (5), 570–577.
- Oh H, Seo. W. (2003). Sensory stimulation programme to improve recovery in comatose patients. *Journal clinical nursing*, 12, 394-404.
- Pascual-Leone, A., Amedi, A., Fregni, F. & Merabet, L.B. (2005). The plastic human brain cortex. *Annual Review of Neuroscience*, 28, 377-401.
- The Multi-Society Task Force on PVS (1994). Medical Aspects of the Persistent Vegetative State. *The New England Journal of Medicine*, 330, 1499-1508. DOI:10.1056/NEJM199405263302107.

APÊNDICE I – Tabela de registo de sessões

Data/ hora	Estimulação Sensorial		Sore CRS-C	Sinais vitais					Avaliação da intervenção		
	Estímulo	Duração		F C	R	TA	T	Sat O2	Expressões faciais	Indicadores de apreciação	Observações
									 RAZVA  TRISTEZA  NOJO  SURPRESA  MEDO  ALEGRIA	<input type="checkbox"/> Abre os olhos <input type="checkbox"/> Dirige olhar para o estímulo <input type="checkbox"/> Reconhece o estímulo <input type="checkbox"/> Relaxamento facial <input type="checkbox"/> Tensão facial <input type="checkbox"/> Movimentos das sobrancelhas <input type="checkbox"/> Boceja <input type="checkbox"/> Lágrimas <input type="checkbox"/> Maior expansão pulmonar <input type="checkbox"/> Movimentos mastigatórios <input type="checkbox"/> Mobiliza os membros <input type="checkbox"/> Reage com espasmo ao estímulo	
									 RAZVA  TRISTEZA  NOJO  SURPRESA  MEDO  ALEGRIA	<input type="checkbox"/> Abre os olhos <input type="checkbox"/> Dirige olhar para o estímulo <input type="checkbox"/> Reconhece o estímulo <input type="checkbox"/> Relaxamento facial <input type="checkbox"/> Tensão facial <input type="checkbox"/> Movimentos das sobrancelhas <input type="checkbox"/> Boceja <input type="checkbox"/> Lágrimas <input type="checkbox"/> Maior expansão pulmonar <input type="checkbox"/> Movimentos mastigatórios <input type="checkbox"/> Mobiliza os membros <input type="checkbox"/> Reage com espasmo ao estímulo	
										<input type="checkbox"/> Abre os olhos <input type="checkbox"/> Dirige olhar para o estímulo <input type="checkbox"/> Reconhece o estímulo <input type="checkbox"/> Relaxamento facial <input type="checkbox"/> Tensão facial <input type="checkbox"/> Movimentos das sobrancelhas <input type="checkbox"/> Boceja <input type="checkbox"/> Lágrimas	

									<div><div> RAIVA</div><div> TRISTEZA</div><div> NOJO</div><div> SURPRESA</div><div> MEDO</div><div> ALEGRIA</div></div>	<div><input type="checkbox"/> Maior expansão pulmonar</div> <div><input type="checkbox"/> Movimentos mastigatórios</div> <div><input type="checkbox"/> Mobiliza os membros</div> <div><input type="checkbox"/> Reage com espasmo ao estímulo</div>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apêndice X – Apresentação no serviço de Neurocirurgia

A Pessoa com Alterações Cognitivas: Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

Catarina Soares

Orientadora: Enfermeira [REDACTED]

Docente Orientador: Professor Ricardo Braga

Lisboa, Janeiro de 2018

Sumário

- Objetivos
- Introdução
- As funções cognitivas
- Dispositivos externos como estratégia na reabilitação
- A intervenção do enfermeiro de reabilitação (ER)
- Avaliação
- Considerações Finais

Objetivos:

- Sensibilizar para o impacto dos défices cognitivos na funcionalidade da pessoa com lesão cerebral adquirida (LCA);
- Partilhar uma abordagem à pessoa com alterações cognitivas através do autocuidado
- Apresentar um modelo de adaptação do WC para promoção de um ambiente mais acessível e funcional

Introdução

O **déficé cognitivo** é **preditor de resultados negativos na funcionalidade e no grau de dependência** na realização das atividades de vida diária (AVD). Um **ambiente acessível e funcional** minimiza obstáculos físicos, psíquicos e emocionais, prevenindo a dependência, perda de autoconfiança e encargos socioeconómicos agravados (Kiser & Zasler, 2009).

O ER deve **conhecer amplamente o funcionamento cerebral**, **avaliar** os défices cognitivos e selecionar instrumentos de avaliação que lhe permitam **traçar objetivos** e **implementar estratégias** (Varanda & Rodrigues, 2016).

Os processos de reparação e reorganização cerebral começam logo após a lesão, pelo que o processo de reabilitação deve ter **início precoce**, tirando partido da maior intensidade da plasticidade característica da fase inicial (Borella & Sacchelli, 2009).

Introdução (cont.)

Defende-se uma abordagem que envolva **situações e problemas do quotidiano**, tais como o **autocuidado**. A intervenção deve focar-se em melhorar a funcionalidade em contextos diários, onde decorrem situações que recrutam múltiplas funções cognitivas, como é exemplo o desempenho na casa de banho (Kiser & Zasler, 2009).

Princípios da intervenção do enfermeiro de reabilitação:

Estabelecimento de objetivos

Intervenção de início precoce

Treino orientado para a tarefa e/ou contexto

As funções cognitivas

A **cognição** compreende funções relacionadas com o processamento da informação: **atenção, memória, funções executivas, cálculo, conhecimento, práxis e linguagem**, fundamentais para a performance nas AVD, participação e interação social (Gillen et al, 2015).

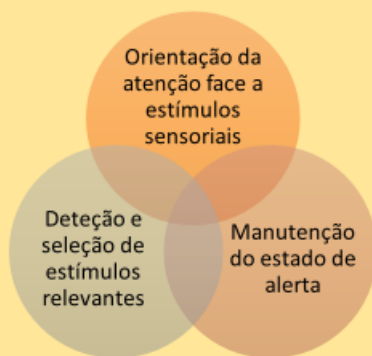
A **atenção, memória e funções executivas**, são os défices mais prevalentes nas LCA e partilham circuitos neuronais, o que as torna **indissociáveis na abordagem de reabilitação**.

(Sohlberg & Mateer, 2011)



As funções cognitivas – Atenção

Pessoas com LCA enfrentam frequentemente problemas de concentração, incapacidade de filtrar estímulos externos irrelevantes, esquecimento e perda da habilidade para realizar mais do que uma atividade ao mesmo tempo, o que se traduz em: **aumento do tempo de reação e diminuição da velocidade de processamento de informação** (Sohlberg & Mateer, 2011).



(Céspedes & Ustárroz, 2008)

Atenção Seletiva

Atenção Focada

Atenção Mantida

Atenção Alternada

Atenção Dividida

As funções cognitivas – Atenção

Uma das abordagens usadas para gerir problemas de atenção é o uso de **estratégias de suporte ambientais**, que inclui o autocontrolo dos recursos e modificações no ambiente passíveis de ajudar a pessoa a compensar os problemas de atenção. Outra abordagem é o recurso a **dispositivos externos** para ajudar a pessoa a seguir e organizar uma informação.

(Sohlberg & Mateer, 2011)

3 conceitos básicos para reabilitar a atenção:

- **Estímulos ambientais** – devem identificar o contexto, promover a funcionalidade e direcionar a atenção para o objetivo;
- **Complexidade da tarefa** – Restringir a informação transmitida e simplificar a ação, graduando a dificuldade da tarefa e progredindo na sua complexidade;
- **Aproximação cognitiva** - caminhar no sentido em que a capacidade de abstração aumenta, reduzindo as ajudas físicas disponíveis e aumentando as que requerem uma representação mental;

(Céspedes & Ustárroz, 2008)

As funções cognitivas – Memória



A **memória de trabalho**, relacionada com as funções executivas, engloba processos que estimulam a **manipulação e manutenção da informação num depósito temporário**, tornando possível o raciocínio, compreensão e resolução de problemas (Céspedes & Ustároz, 2008).

A **aprendizagem verbal** está dependente do hemisfério esquerdo, trabalhando os estímulos sobre a forma de palavras, frases e parágrafos curtos, transmitida através da modalidade visual ou auditiva. A **aprendizagem não verbal** e as memórias típicas tendem a usar desenhos visuais, posições espaciais e rostos. Tal é importante para **identificar pontos fortes para construir estratégias de reabilitação** (Sohlberg & Mateer, 2011).

As funções cognitivas – Memória

A intervenção para controlo da memória passa por:

- **Reduzir e simplificar a informação** a ser lembrada, e ser claro e conciso nas instruções;
- **Confirmar o entendimento da informação** e auxiliar a pessoa a associar a informação (nova) com a informação existente;
- **Organizar um regime prático de aprendizagem:** é preferível trabalhar durante alguns minutos, várias vezes por dia, do que durante uma hora seguida no dia;
- Ajudar as pessoas a **organizar a informação** que necessita de ser lembrada;
- Treinar a pessoa a recorrer a **técnicas de comunicação** que encorajem o processamento significativo, tais como paráfrases, repetição e fazer perguntas;
- Providenciar **auxiliares de memória:** loop fonológico e loop visual;
- Fornecer **sinalética**, com vista a fornecer pistas à identificação do contexto;
- Usar como recurso **o movimento para promover a memória;**
- Estabelecer **rotinas**, com horários para executar as atividades;

Gillen et al, (2015); Kiser & Zasler, (2009); Sohlberg & Mateer, (2011)

As funções cognitivas – Funções Executivas



(Sohlberg & Mateer, 2011)

O desenvolvimento de habilidades para desempenhar atividades complexas e adaptativas está diretamente relacionado com o acesso às funções executivas. Intervenções que reduzam a disfunção executiva podem ser a chave para promover a funcionalidade.

(Chung, Pollock, Campbell, Durward & Hagen, 2013).

As funções cognitivas – Funções Executivas

Estratégias de intervenção sobre as funções executivas:

- **Treino de habilidades de planejamento e organização**, começando por atividades com menos etapas, progredindo para outras mais complexas (recurso a listas /diários escritos);
- **Desenvolvimento de estratégias para resolução de problemas**: treino de estabelecimento de objetivos, progredindo com a prática até um estadiu de estratégias automatizadas;
- **Promoção da autoconsciência e regulação do comportamento**, pré e pós atividade, para desenvolver consciência sobre a performance na atividade;
- **Promover a iniciação de comportamentos**, através do estabelecimento de objetivos/atividades com horários pré-estabelecidos;
- **Promover resposta consciente**, inibindo respostas automatizadas;
- Promover uso de estratégias escritas e tecnologia;
- **Promover o uso de estratégias de autoinstrução** (falar consigo mesmo durante atividade enquanto a realiza);
- **Promover métodos de feedback** (espelho ou vídeo);
- **Promover resolução de problemas sistemáticos**, através do treino de autopistas sobre as etapas da tarefa: parar, pensar sobre as etapas a realizar, realizá-las uma de cada vez e rever desempenho;
- Desenvolver técnicas e equipamento que compense o déficit sensoriomotor;

(Chung, Pollock, Campbell, Durward & Hagen, 2013); McEwen et al, (2015);

As Funções Cognitivas – Funções Práticas

A praxia designa a correta de sequência de movimentos necessários à realização de uma tarefa, o hemisfério esquerdo é dominante no que diz respeito aos movimentos proposicionais, sobretudo quando envolver o lobo parietal inferior ou a área suplementar motora (Ferro & Pimentel, 2013).

A dificuldade em realizar esta função pode provir de uma perturbação nos diversos passos que integram a realização do gesto, nomeadamente no seu planeamento e execução (Menoita, 2012).



As Funções Cognitivas – Funções Práticas

As AVD complexas podem ser restauradas em pessoas com apraxia, através do **treino direto da tarefa**. Contudo, os ganhos são restritos às atividades treinadas e, por vezes, até mesmo aos objetos manipulados, não ocorrendo generalização significativa.

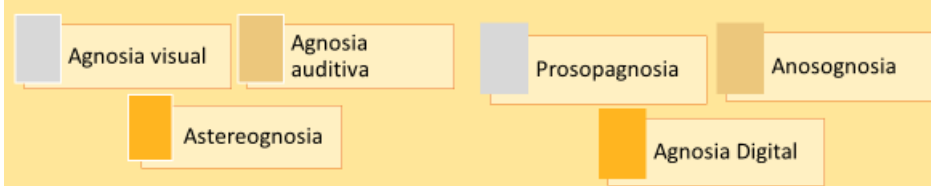
A abordagem direta passa por pedir à pessoa que complete uma tarefa com um número mínimo de erros. É fornecido suporte durante as etapas mais críticas da atividade, tais como pegar na mão da pessoa e conduzi-la ao longo de um movimento mais complexo. Posteriormente, o enfermeiro deve sentar-se ao lado da pessoa e realizar a tarefa ao mesmo tempo que a pessoa lesada ou demonstrar a ação necessária e permitir à pessoa copiar.

(Goldenberg, Daumüller & Hagmann, 2001).

As Funções Cognitivas – Conhecimento

Quando ocorrem **lesões do córtex de associação sensorial**, existe uma incapacidade em interpretar sensações, embora não se perca a sensibilidade primária, como o tato, visão ou audição. A percepção envolve a seleção de informação sensorial e a busca de informação sensorial pertinente, como exemplo o uso dos movimentos oculares e do tato para o reconhecimento e manipulação dos objetos (Varanda e Rodrigues, 2016). Aqui enquadra-se a **heminegligência, inatenção e extinção**, características da lesão do lobo parietal direito e, muitas vezes, acompanhadas de alterações da percepção visuoespacial.

Agnosia define-se pela incapacidade em identificar objetos familiares com um sentido, embora o uso de um sentido alternativo possa ajudar a pessoa a reconhecer o objeto (Hoeman, 2008).



As Funções Cognitivas – Conhecimento

Estratégias de reabilitação:

- Na agnosia, é encorajado o uso de mais do que um sentido para localizar e identificar objetos;
- Recorrer ao *visual scanning training*, técnica que permite à pessoa explorar o espaço e encontrar o que procura, quer seja um objeto, ou a porta de saída;
- para **trabalhar a inatenção**, os objetos necessários às AVD devem estar do lado mais lesado, promovendo a maior exploração por parte da pessoa;
- para **compensar a inatenção**, promovendo a independência e a segurança da pessoa, os objetos devem ser dispostos preferencialmente do lado menos lesado
- Em casos de inatenção ou heminegligência, todos os manípulos /portas/ interruptores/ barras do lado negligenciado devem ser assinaladas com fita de cor forte/brilhante/fluorescente;

(Hoeman, 2008); (Kiser e Zasler, 2009); (Sohlberg & Mateer, 2011);

(Céspedes & Ustárrroz, 2008)

Estratégias de reabilitação:

- alterações da percepção visual (como a profundidade, discriminação visual, focagem, contraste de objetos e concordância visual) devem ser minimizadas através de placas grandes, com letras com uma cor que contraste com o fundo e o limiar de determinados objetos pode ser facilmente assinalado com tiras coloridas;
- diferenças de profundidade devem ser assinaladas através de sinais de declive e/ou alternância de textura como sinal de que a inclinação está a mudar;

(Hoeman, 2008); (Kiser e Zasler, 2009); (Sohlberg & Mateer, 2011);
(Céspedes & Ustároz, 2008)

Dispositivos Externos (DE) como Estratégia de Reabilitação

Os DE são dispositivos eletrónicos, agendas, placas informativas, sinalética, entre outros, constituem **medidas de adaptação do ambiente**, e **minimizam a exigência cognitiva** do contexto ou atividade.

Auxiliam na **restituição, compensação e/ou substituição do défice cognitivo**, prevenindo a sobrecarga sobre a memória ou funções executivas, permitindo à pessoa organizar e categorizar atividades de forma bem-sucedida.

O ensino à pessoa sobre DE não deve ser encarado somente como um método de compensação, mas como um **treino cognitivo** pois requer **aprendizagem**, depende da ativação repetitiva dos processos cognitivos associados e permite adequar o input (verbal ou visual), consoante o hemisfério lesado.

(Sohlberg & Mateer, 2011)

Dispositivos Externos (DE) como Estratégia de Reabilitação

Uma instrução bem-sucedida de DE passa por:

- Realizar/escrever uma **análise da tarefa**, na qual a rotina é fracionada em **etapas simples, logicamente sequenciadas**;
- Desenvolver e implementar uma **lista de verificação** que torne explícite cada etapa da rotina, de forma a que a pessoa possa avaliar quando cada tarefa é completada;
- Proporcionar uma prática suficiente para cada etapa, promovendo a **aprendizagem sem erro**;
- Assegurar o **reforço positivo** e a motivação da pessoa para realizar a tarefa ;

(Sohlberg & Mateer, 2011)

(Gillen et al, 2015)

O ambiente da pessoa com défices cognitivos deve providenciar pistas cognitivas extraordinárias, por forma a minimizar o nível de stress e esforço cognitivo, promovendo a independência (Kiser & Kasler, 2009).

DE desenvolvido com o objetivo de:

- Trabalhar a memória, globalmente, com ênfase na **memória visual/verbal** e na **prospetiva**;
- **Reforçar e estruturar a atividade a realizar**, com a pessoa através do estímulo verbal e visual para focar a **atenção (focada e mantida) na tarefa**;
- Atuar como método **auxiliar de memória**, através do *loop* fonológico e visual;
- **Minimizar o erro** no processo de aprendizagem, através da restrição do material disposto, pistas verbais, visuais, etc;
- Treino de habilidades de **planeamento e organização da tarefa** e de **categorização**;
- Minimizar a fadiga no planeamento, sequência e execução dos procedimentos com múltiplas etapas (listas de verificação da análise da tarefa)

MATERIAL PARA HIGIENE DIÁRIA		
PRODUTOS DE HIGIENE		
1. SHAMPOO	<input type="checkbox"/>	
2. GEL DE BANHO	<input type="checkbox"/>	
3. CREME HIGIENIZANTE	<input type="checkbox"/>	
4. DESODORIZANTE	<input type="checkbox"/>	
5. ESCOVA DO CABELO	<input type="checkbox"/>	
6. PASTA DENTÍFICA	<input type="checkbox"/>	
7. ESCOVA DOS DENTES	<input type="checkbox"/>	
8. TOALHA PARA SECO	<input type="checkbox"/>	
ROUPAS PARA VESTIR		
9. CALÇA INTERIOR	<input type="checkbox"/>	
10. CAMISETA	<input type="checkbox"/>	
11. CALÇA	<input type="checkbox"/>	
12. CALÇA	<input type="checkbox"/>	



DE com o objetivo de:

- Simplificar a informação, ser claro e conciso nas instruções necessárias (**previne sobrecarga e reduz a margem para erro de compreensão e/ou execução**);
- **Reduzir a quantidade de informação** a ser lembrada e ajudar a **organizá-la**;
- **Assegurar a compreensão** da informação, proporcionando um regime prático de aprendizagem;
- Promover da **autoconsciência e regulação do comportamento**, pré e pós atividade, para desenvolver **consciência sobre a sua performance**;
- Promover a **iniciação de comportamentos**, através do estabelecimento de objetivos/atividades;
- Incentivar a **monitorização da ação** por parte da pessoa, em que é promovido o **controlo cognitivo** e a **memória de trabalho**;



- Identificar o material disposto dos armários e gavetas e organizar o material por categorias permite à pessoa adquirir maior **consciência do contexto e atividade**, e **funcionalidade no desempenho** da mesma;
- Providenciar pistas à identificação, por parte da pessoa, do ambiente que a rodeia, da função dos objetos e da forma correta de os usar, **minimizando o erro**;
- Promover **métodos de feedback**, tais como o espelho ou vídeo;

(Kiser & Zasler, 2009)

Intervenção do enfermeiro de reabilitação (ER)

Após uma LCA, o processo de recuperação ocorre através de uma combinação de **processos espontâneos** e **dependentes de aprendizagem**, incluindo: **restituição** da funcionalidade do tecido neuronal lesado, **substituição**, através da reorganização neuronal que ocorre na reaprendizagem de funções perdidas, e **compensação**, através da diminuição da disparidade entre as exigências do ambiente e as competências lesadas na pessoa.

(Langhorne, Bernhardt & Kwakkel, 2011)

Objetivos da intervenção do enfermeiro de reabilitação:

Treinar habilidades de planeamento e organização da atividade

Promover a resolução de problemas

Promover a autoconsciência e regulação do comportamento

Promover a iniciação e orientação de comportamentos

Treinar a atenção para a atividade

Minimizar o erro e comportamentos perseverativos

Intervenção do enfermeiro de reabilitação (ER)

Deve olhar-se globalmente para o nível de funcionalidade da pessoa com alterações cognitivas e tentar aumentar as habilidades em ambientes particulares - **abordagem neurofuncional**.

*Defende-se o **Goal management training***: o objetivo principal é completar uma AVD complexa e os objetivos secundários são as etapas da tarefa; aqui intervêm e são trabalhados: atenção, memória de trabalho, planeamento, organização da ação e monitorização do comportamento.

É crucial a **criação e ensino de rotinas** à pessoa lesada para que esta conquiste alguma independência. Pode não ser realista ensinar uma ampla lista de tarefas com múltiplas etapas, mas é espetável que a pessoa possa aprender uma sequência particular de etapas.

Intervenção do enfermeiro de reabilitação (ER)

Diagnóstico	Intervenção	F. Cognitiva trabalhada
Autocuidado higiene dependente em grau elevado	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir estímulos ambientais: ambiente calmo, promotor da atenção; - Remover todo o restante material da divisão para minimizar o erro; - Incentivar a reunir o material necessário para a higiene: utilizar DE com <i>checklist</i> e dispô-lo de forma sequencial para minimizar o erro; - Fornecer pistas verbais/visuais para minimizar falhas no planeamento - Dispor DE no wc, para promover o estímulo visual direcionado para a atividade: gel de banho/champô com rótulo explícito da função do produto; sequência do banho junto ao chuveiro, ao nível do olhar; toalha colocada a seguir ao chuveiro; - Incentivar ao uso dos DE quando ocorrem estímulos distratores ou a pessoa desenvolve um comportamento desadequado por incapacidade em inibir um comportamento e iniciar outro, por exemplo; 	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção; - Memória de Trabalho; - Iniciativa e direção; - Controlo inibitório; - Persistência na tarefa; - Planeamento - Sequenciação; - Categorização - Atualização; - Monitorização e mudança do comportamento

Intervenção do enfermeiro de reabilitação (ER)

Diagnóstico	Intervenção	F. Cognitiva trabalhada
Autocuidado arranjar-se dependente em grau elevado	<ul style="list-style-type: none"> - Simplificar a atividade (poucas etapas, objetivos concisos) - Dispor o material, inicialmente um produto de cada vez, depois por uma ordem lógica de utilização; - Interromper o erro perseverativo e/ou automatismo, centrar a atenção na tarefa a realizar e objetivo da mesma (remeter a atenção para o DE); 	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção; - Memória de Trabalho; - Iniciativa e direção; - Controlo inibitório; - Persistência na tarefa; - Planeamento - Sequenciação - Categorização - Atualização; - Monitorização e mudança comportamento
Autocuidado vestuário dependente em grau elevado	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a decidir sobre qual a roupa que quer vestir; - Incentivar o planeamento e categorização das peças de roupa necessárias para se vestir, através de DE; - Dispor a roupa organizada pela sequência de vestir; 	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção; - Memória de Trabalho; - Iniciativa e direção; - Controlo inibitório; - Persistência na tarefa; - Planeamento - Sequenciação - Categorização - Atualização; - Monitorização e mudança comportamento

Avaliação

A **avaliação cognitiva formal** usa testes psicométricos padronizados que proporcionam instruções explícitas e uma estrutura rígida que direciona o comportamento da pessoa. Esta estrutura pode proporcionar sinais suficientes para permitir um bom desempenho da pessoa, mascarando, por exemplo, uma alteração das funções executivas.

Por seu lado, a **avaliação da expressão comportamental** da pessoa no ambiente natural, com estratégias que exigem habilidades complexas, é provavelmente uma abordagem de avaliação mais reveladora e abrangente. Os especialistas em reabilitação podem olhar globalmente para o nível de função da pessoa e tentar aumentar as habilidades em ambientes particulares.



(Sohlberg & Mateer, 2011)

Considerações Finais

O processo de reabilitação da pessoa com alterações cognitivas é, muitas vezes, longo e envolve a sistematização de atividades que, para os demais, estão automatizadas.

Tornar contextos diários mais acessíveis a esta população implica, em grande parte, **gerir os estímulos ambientais e adequar a função**. O enfermeiro de reabilitação deve estar desperto para as manifestações comportamentais das alterações cognitivas e avaliar, de forma precisa e abrangente, os défices existentes.

Destaca-se o desafio de integrar, na intervenção do enfermeiro, instrumentos de avaliação e métodos de atuação que promovam a readaptação funcional da pessoa com alterações cognitivas.

Atividade	Itens a avaliar	Comportamentos evidenciados	Função Cognitiva
Autocuidado Higiene Pessoal Autocuidado Arranjar-se Autocuidado Vestuário	Reúne o material necessário? Necessita de estímulo? Visual / Verbal / Tátil Por confrontação (questão sim ou não)?	____ / 8 itens Demora aprox.: ____	Planeamento Organização Atenção mantida
	Reconhece os objetos e a sua função? Através da visão? Audição? Tato?		Agnosia visual Agnosia auditiva astereognosia
	Inicia atividade de forma independente? Necessita de estímulo? Visual / Verbal / Tátil Apático?	Abre a torneira? Pega no produto de higiene? Aplica a pasta dos dentes na escova? Calça-se por iniciativa própria?	Iniciação e decisão
	Utiliza os objetos de forma correta? Corrige quando usa de forma incorreta?	Consegue abrir e fechar a embalagem de gel de banho? Consegue tirar a proteção da escova dos dentes? Posiciona corretamente a escova relativamente ao cabelo?	Apraxia ideomotora Apraxia ideacional Apraxia construtiva
	Inicia atividade pela sequência correta? Omite etapas? Troca etapas da sequência? Gere o tempo da atividade?	Molha o corpo antes de aplicar o gel de banho? Veste as calças primeiro que as cuecas? Demora aprox.: ____	Organização Memória de trabalho, Atenção
	Cessa comportamento (automatizado ou prepotente) espontaneamente? Necessita de estímulo? O comportamento é influenciado facilmente por estímulos externos?	Reação à temperatura da água adequada ou exagerada? Lava repetidamente os dentes?	Controlo inibitório Atenção seletiva/ focada / mantida /alternância / dividida
	Mantém atenção na atividade? Conclui atividade? Se não conclui, consegue retomar após estímulo?		Persistência Atenção Mantida Memória de trabalho
	Deteta quando erra? Modifica o comportamento face ao erro?		Flexibilidade Criatividade Monitorização e mudança Resolução de problemas
	Persevera no erro? Resolve o problema por tentativa/erro? Quando não resolve, aceita resolução de terceiros?		Monitorização e mudança Flexibilidade Atenção Atualização Resolução de Problemas Controlo inibitório

Bibliografia

- Céspedes, J. M. M. & Ustárrroz, J.T. (2008). *Rehabilitación neuropsicológica*. Madrid: Síntesis.
- Chung, C. S., Pollock, A., Campbell, T., Durward, B. R. & Hagen, S. (2013). Cognitive rehabilitation for executive dysfunction in adults with stroke or other adult non-progressive acquired brain damage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. DOI: 10.1002/14651858.CD008391.pub2
- Gillen, G., Nilsen, D. M., Attridge, J., Banakos, E., Morgan, M., Winterbottom, L. & York, W. (2015). Effectiveness of Interventions to Improve Occupational Performance Of People With Cognitive Impairments After Stroke: an Evidence-Based Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 69(1), 1-13. DOI: 10.5014/ajot.2015.012138.
- Goldenberg, G., Daumüller, M. & Hagmann, S. (2001). Assessment and therapy of complex activities of daily living in apraxia. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11 (2), 147–169. DOI:10.1080/09602010042000204
- <http://www.arasaap.org>. Acedido em: 2017/10/16.
- Kiser, L., Zasler, N. (2009). Residential design for real life rehabilitation. *NeuroRehabilitation*, 25, 219-227. DOI: 10.3233/NRE-2009-0518.
- Langhorne, P., Bernhardt, J. & Kwakkel, G. (2011). Stroke Rehabilitation. *Lancet*, 377(9778), 1693-1702. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60325-5.

Bibliografia

- McEwen, S. E., Donald, M., Dawson, D., Egan, M.Y., Hunt, A., Quant, S. ... Linkewich, E. (2015). A multi-faceted knowledge translation approach to support persons with stroke and cognitive impairment: evaluation protocol. *Implementation Science*, 10, 157-168. DOI: 10.1186/s13012-015-0346-6.
- Sohlberg, M. M. & Mateer, C. A. (2011). *Reabilitação Cognitiva - Uma abordagem Neuropsicológica Integrada*. São Paulo: Santos Editora.
- Varanda, E. M. G. & Rodrigues, C. A. F. (2016). Reeducação Cognitiva em Enfermagem de Reabilitação: Recuperar o Bailado da Mente. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 215-226). Loures: Lusodidacta.

Apêndice XI – Póster “WC mais acessível: adaptação à pessoa com déficit cognitivo”

Apêndice XII - Guia de Intervenção na Atenção



Guia de Intervenção na Atenção

Discente: Catarina Magalhães Soares

Docente Orientador: Professor Ricardo Braga



8º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem
de Reabilitação

Lisboa, janeiro de 2018

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. O ENVELHECIMENTO E A COGNIÇÃO.....	4
2. A ATENÇÃO	7
3. REABILITAR A ATENÇÃO	9
3.1. Avaliação da Atenção	9
3.2. Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação.....	9
CONSIDERAÇÕES FINAIS	13
BIBLIOGRAFIA	14

Anexo I - The Montreal Cognitive Assessment

Anexo II - Exercícios de treino da Atenção

INTRODUÇÃO

A cognição diz respeito a um conjunto de desempenhos e comportamentos, que provêm da atividade de um cérebro em funcionamento, e que se revela em performances e manifestações observáveis (Nunes, 2009). Está relacionada com o processamento da informação e engloba: **atenção, memória, funções executivas, cálculo, conhecimento, práxis e linguagem**, sendo fundamental para a performance das atividades de vida diária (AVD), participação e interação social (Gillen et al, 2015).

O **défice cognitivo é preditor de resultados negativos na funcionalidade e no grau de dependência** e, conseqüentemente na qualidade de vida. Um **ambiente acessível e funcional** minimiza obstáculos físicos, psíquicos e emocionais, prevenindo a dependência, perda de autoconfiança e encargos socioeconômicos agravados (Kiser & Zasler, 2009).

Mesmo quando não está presente uma lesão neurológica ou doença degenerativa, como são exemplo as demências, as funções cognitivas podem sofrer certo grau de declínio com o envelhecimento normal, devido, maioritariamente, à redução da velocidade de processamento da informação (Ikeda, Lemos & Besse, 2014).

No geral, a memória, a atenção e as funções executivas são as mais prejudicadas (Ikeda, Lemos & Besse, 2014). Como tal, no presente trabalho optou-se por abordar especificamente a função da atenção, também por ser a base sobre a qual operam as restantes funções, com o objetivo de criar um guia de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na abordagem à pessoa, no seu contexto domiciliário.

O EEER deve **conhecer amplamente o funcionamento cerebral, avaliar** os défices cognitivos e **selecionar instrumentos de avaliação** que lhe permitam **traçar objetivos e implementar estratégias** (Varanda & Rodrigues, 2016).

A intervenção deve focar-se em melhorar a funcionalidade dos contextos diários, sendo o domicílio o ambiente de eleição, onde decorrem situações que recrutam múltiplas funções cognitivas. Defende-se uma abordagem que envolva **situações e problemas do quotidiano**, tais como as AVD (Kiser & Zasler, 2009).

1. O ENVELHECIMENTO E A COGNIÇÃO

Atualmente, constata-se um envelhecimento populacional crescente, que se reflete na prática diária das enfermeiras da ECCI Em Lisboa, o índice de envelhecimento da cidade era de 182,8%, em 2012. Relativamente à área de atuação da equipa da ECCI, esta conta com uma densidade populacional de 61345 residentes, em que os que apresentam 65 ou mais anos rondam os 11281 (Censos, 2011).

Este envelhecimento acarreta, frequentemente, défices e perdas ao nível cognitivo e comportamental. Assim, surge na literatura mais atual, o conceito de **envelhecimento cognitivo**. O processo de envelhecimento *per si* implica a conceção de que ocorrem transformações ao longo do ciclo vital. Nesta perspetiva, o envelhecimento cognitivo traduz-se nas mudanças que ocorrem nas funções cognitivas ao longo da vida e, por norma, estas consistem numa perda ou declínio, que não é idêntica para todas as tarefas nem em todas as funções cognitivas. Tal pode ser explicado pelo facto de, com o envelhecimento cerebral, o córtex pré-frontal ser, em termos volumétricos, uma das áreas mais afetadas (Nunes, 2009).

Neste sentido, têm sido identificados quatro **mecanismos explicativos das diferenças de processamento cognitivo associados à idade**:

- Diminuição da velocidade de processamento;
- Memória de trabalho;
- Controlo inibitório;
- Função sensorial;

Estes quatro mecanismos têm por base a **capacidade e controlo atencional** (Nunes, 2009).

A atenção apresenta-se intimamente relacionada com as mudanças orgânicas provocadas pelo avanço da idade e pelas interações sociais. Com a aquisição de estratégias, a capacidade atencional vai-se desenvolvendo ao longo do ciclo vital, atingindo o seu auge entre os 18 e os 30 anos, com decréscimo progressivo ao longo do processo de envelhecimento. Este está associado à mudança no funcionamento cerebral e com aspetos da saúde geral, além de que, mesmo no idoso saudável, ocorrem perdas nas capacidades cognitivas (Sisto, Castro, Cecilio-Fernandes & Silveira, 2010).

Considerando que a evolução das perdas cognitivas ocorre de maneira progressiva e contínua, importa distinguir entre perdas cognitivas decorrentes do processo natural de envelhecimento e a síndrome demencial. Surge, assim, o conceito de **Declínio Neuro cognitivo Ligeiro** (DNL), que compreende pessoas que apresentam perdas cognitivas embora não preencham os critérios de demência. A relevância de se identificar precocemente a pessoa com DNC encontra-se no objetivo de realizar intervenções atempadas na prevenção de complicações, retardo na evolução para estádios pré demenciais e promoção da qualidade de vida da população idosa (Ikeda, Lemos & Besse, 2014).

Quando abordada a questão do envelhecimento, associado ao aumento da esperança média de vida e da longevidade, torna-se pertinente abordar a questão da **demência**, como uma doença orgânica cerebral caracterizada pela presença de défices cognitivos (Céspedes & Ustárriz, 2008). A incidência e prevalência de demência aumentam com a idade, duplicando a cada cinco anos após a sexta década de vida. Portugal é um país envelhecido, previsivelmente com um número crescente de casos de demência. Em 2013, haveria no nosso país, para a população com mais de 60 anos, aproximadamente 160287 pessoas com demência, o que corresponde a 5,91% das pessoas abrangidas por estes grupos etários (Santana, 2015).

Segundo Céspedes & Ustárriz (2008), podem estabelecer-se três secções longitudinais ao desenvolvimento das diferentes demências: alterações da memória (afeção do sistema límbico e do hipocampo), das funções instrumentais (que envolvem áreas temporo-parietais) e das funções de controlo (córtex pré-frontal e áreas associativas do cíngulo anterior). Nestas últimas enquadra-se as alterações da atenção: atenção mantida e dividida, défice no planeamento e coordenação, na resolução de problemas, alterações na motivação, alterações praxicas e transtornos psiquiátricos, tais como a depressão, ansiedade, irritabilidade, entre outros.

Também em situação de **lesão cerebral adquirida**, sendo as mais prevalentes em Portugal o traumatismo crânio-encefálico e o Acidente Vascular Cerebral (Santos, Sousa, Castro-Caldas, 2003), quando os processos atencionais estão afetados, podem persistir através de problemas na orientação para novos estímulos, vigilância, velocidade de processamento, alternância, atenção mantida e dividida e memória de trabalho (Michel & Mateer, 2006).

Mais recentemente, um novo conceito, definido como **reserva cerebral e cognitiva**, defende a possibilidade de neutralizar os efeitos nocivos no cérebro e na função cognitiva, por meio da manutenção de um bom funcionamento cognitivo ao longo da vida (Stern, 2013).

A reserva cerebral e cognitiva, desenvolvida no início da vida e consolidada na fase adulta, pode diminuir a expressão de sintomas de demência na presença de doença neurodegenerativa. O elevado nível educacional, atividades mentalmente estimulantes, envolvimento social e exercício físico podem contribuir para o processo e ajudar a afastar o desenvolvimento e as manifestações clínicas da demência numa fase mais tardia. As evidências mostram que a manutenção da saúde cognitiva durante a idade avançada depende também do desenvolvimento do melhor nível cognitivo durante a vida (Stern, 2013).

2. A ATENÇÃO

A atenção consiste numa função cerebral cuja finalidade é a seleção, de entre múltiplos estímulos sensoriais que emergem simultaneamente e de forma ininterrupta ao cérebro, aqueles que são úteis e pertinentes para levar a cabo uma atividade motora ou um processo mental (Céspedes & Ustároz, 2008).

Os mesmos autores defendem que a atenção tem uma vertente de base, relacionada com o Sistema Ativador Reticular Ascendente, e uma vertente vetorial, capaz de controlar a eficácia de um processo cerebral específico, relacionado com áreas corticais e subcorticais.

Acredita-se que existem três circuitos cerebrais separados, mas inter-relacionados, que controlam as funções da atenção:

- **Orientação da atenção no espaço**, que consiste num sistema primitivo de atenção, responsável por um baixo nível de orientação a estímulos simples;
- **Seleção do alvo e conflito de resolução**, que permite selecionar o alvo da informação, alternar e dividir a atenção;
- **Rede de alerta**, que permite manter a vigilância e a atenção na ausência de novos estímulos externos (Sohlberg & Mateer, 2011).

Concretamente, designam-se cinco componentes da atenção:

Atenção focada: habilidade de responder discretamente a estímulos visuais, auditivos e táteis específicos. Quando afetada, é de fácil recuperação, embora em estádios iniciais após lesão cerebral possa apenas ser sensível a estímulos internos (por exemplo, dor e temperatura);

Atenção mantida: habilidade de manter um comportamento coerente em resposta à duração contínua e repetitiva de uma atividade. Incorpora o conceito de memória de trabalho com tarefas que envolvem manipulação e sustentação da informação “online”. Quando afetada, a pessoa não é capaz de manter respostas por mais do que segundos a minutos, ou flutua drasticamente no desempenho por períodos breves;

Atenção seletiva: habilidade de manter uma série comportamental ou cognitiva perante a distração ou estímulos competitivos; quando ocorre défice deste tipo de atenção, a pessoa retira-se facilmente da tarefa com estímulos

estranhos ou irrelevantes (sinais externos, sons ou atividades), bem como distrações internas (preocupações ou meditação);

Atenção alternada: capacidade para flexibilidade mental, que permite à pessoa mudar o seu foco de atenção e deslocar-se entre tarefas com diferentes requisitos cognitivos, controlando qual a informação que será seletivamente processada (memória de trabalho). Problemas com este tipo de atenção levam a pessoa a ter dificuldade em alternar tarefas, necessitando de sinais extra para iniciar novos requisitos da tarefa (por exemplo, ler um documento e tirar notas);

Atenção dividida: habilidade de responder simultaneamente a múltiplas tarefas ou múltiplas exigências da tarefa (por exemplo, manter uma conversa e preparar uma refeição simultaneamente).

Estes cinco componentes da atenção podem fornecer uma estrutura de organização e avaliação da atenção e, conseqüentemente, a intervenção de reabilitação (Sohlberg & Mateer, 2011).

3. REABILITAR A ATENÇÃO

3.1. Avaliação da Atenção

A atenção pode ser avaliada no âmbito de uma avaliação cognitiva formal, que usa testes psicométricos padronizados que proporcionam instruções explícitas e uma estrutura rígida que direciona o comportamento da pessoa. Existem testes de fácil aplicação que podem ser úteis, numa primeira abordagem, para o diagnóstico de alteração da atenção. São exemplos o *Trail Making Test* e o MOCA (Anexo I). Este último é usado no diagnóstico de declínio neuro cognitivo ligeiro, testando as várias funções cognitivas.

Por seu lado, a **avaliação da expressão comportamental** da pessoa no ambiente natural, com estratégias que exigem habilidades complexas, é provavelmente uma abordagem de avaliação mais reveladora e abrangente. Os especialistas em reabilitação podem olhar globalmente para o nível de função da pessoa e tentar aumentar as habilidades em ambientes particulares (Sohlberg & Mateer, 2011).

3.2. Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

Deve olhar-se globalmente para o nível de funcionalidade da pessoa e tentar aumentar as habilidades cognitivas em ambientes particulares - **abordagem neurofuncional** (Sohlberg & Mateer, 2011).

Podem estabelecer-se três conceitos básicos para reabilitar a atenção:

- **Estímulos ambientais** – Estes devem identificar o contexto, promover a funcionalidade e direcionar a atenção para o objetivo;
- **Complexidade da tarefa** – Restringir a informação transmitida e simplificar a ação, graduando a dificuldade da tarefa e progredindo na sua complexidade;
- **Aproximação cognitiva** - Caminhar no sentido em que a capacidade de abstração aumenta, reduzindo as ajudas físicas disponíveis e aumentando as que requerem uma representação mental (Céspedes & Ustárriz, 2008).

Uma das abordagens usadas para gerir problemas de atenção é o uso de **estratégias de suporte ambientais**, que inclui o autocontrolo dos recursos e

modificações no ambiente, passíveis de ajudar a pessoa a compensar os problemas de atenção (Sohlberg & Mateer, 2011).

O ambiente da pessoa com défices cognitivos deve providenciar pistas cognitivas extraordinárias, por forma a minimizar o nível de stress e esforço cognitivo, promovendo a independência (Kiser & Kasler, 2009). O domicílio torna-se o ambiente de eleição para desenvolver estas estratégias, permitindo perceber *in loco* as barreiras existentes e individualizar a intervenção na procura dos melhores resultados.

Outra abordagem é o recurso a **dispositivos externos** (agendas, placas informativas, sinalética, entre outros), que **compensam, restituem ou substituem processos cognitivos**. Estes dispositivos auxiliando a pessoa a seguir e organizar uma informação, estimulando a atenção para a mesma. Tal com o objectivo de diminuir a sobrecarga cognitiva que atividades (como as AVD, por exemplo) exercem sobre a pessoa com alterações cognitivas.

Os mesmos autores defendem ainda o **Goal management training**, cujo objetivo principal é completar uma AVD complexa e os objetivos secundários são as etapas da tarefa (Sohlberg & Mateer, 2011).

Portanto, importa definir os **objetivos da intervenção do enfermeiro de reabilitação**:

- Treinar a atenção para a atividade;
- Promover a iniciação e orientação de comportamentos;
- Treinar habilidades de planeamento e organização da atividade;
- Promover a resolução de problemas;
- Promover a aprendizagem através da minimização do erro;
- Promover a funcionalidade dos processos cognitivos (aumentar a velocidade de processamento e minimizar o tempo de reação);

Orientações gerais para a abordagem do EEER:

- Promover o contacto visual quando fala com a pessoa;
- usar repetição e redundância;
- preferir frases curtas e diretas;
- falar devagar, pausadamente;
- minimizar a presença de ruídos ou outros estímulos competitivos;

- promover um mapeamento consistente da tarefa (sem alterações na rotina)
- dar feedback acerca do desempenho da pessoa
- Promover períodos de descanso e gerir o tempo na realização das atividades;

(Céspedes & Ustárriz, 2008; Sohlberg & Mateer, 2011)

Intervenções passíveis de serem implementadas pelo EEER:

- Gerir estímulos ambientais: ambiente calmo, promotor da atenção;
- Minimizar estímulos distratores;
- Identificar o material disposto dos armários/gavetas e organizar o material por categorias permite à pessoa focar a atenção e adquirir maior consciência do contexto e atividade, obtendo maior funcionalidade no seu desempenho;
- Promover métodos de feedback, tais como o espelho, permite à pessoa focar a atenção, serve como estímulo visual para a manter e, simultaneamente, permite à pessoa monitorizar a sua ação;
- Remover todo o material supérfluo da divisão para minimizar o erro e direcionar a atenção para o que é relevante;
- Fornecer pistas verbais/visuais para minimizar falhas no planeamento e manter a atenção na atividade;
- (Quando a pessoa perde a atenção na atividade): interromper a atividade, reforçar o objetivo da mesma e retomá-la;
- Promover a arrumação do espaço e a sua funcionalidade, evitando a desarrumação, pois dispersa a atenção;
- Estruturar a ação com a pessoa, focalizando a atenção na atividade a realizar;
- Estimular a atenção através da alternância da atividade/abordagem à pessoa, prevenindo a distração e o desinteresse;
- Reforçar a atividade a realizar, através do estímulo verbal e visual para focar a atenção na atividade;
- Restringir a quantidade de informação transmitida e simplificar a ação, graduando a dificuldade da tarefa a realizar e progredindo na sua complexidade;

(Céspedes & Ustárriz, 2008.Sohlberg & Mateer, 2011; Kiser & Zasler, 2009;)

Como complemento, existem exercícios que trabalham a atenção nas suas diferentes modalidades, e que pode e deve ser incluído nos hábitos da pessoa saudável e da pessoa com lesão neurológica, desde que com uma exigência adequada ao seu desempenho cognitivo. Estes exercícios (Anexo II) podem ser fornecidos pelo EEER à pessoa saudável, ou ao cuidador da pessoa lesada, no sentido de promover a estimulação da cognição e o seu treino eficaz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A perspectiva de uma vida mais longa traz o desafio de que esta possa ser vivida com melhores níveis de dignidade, saúde e funcionalidade. Com isso, espera-se que as pessoas possam enriquecer o seu quotidiano com atividades diversificadas e significativas que possam contribuir para o seu bem-estar, para a manutenção da sua participação social e interação com os que lhe são próximos.

Por um lado, o processo de reabilitação da pessoa com alterações cognitivas é, muitas vezes, longo e envolve a sistematização de atividades que, para os demais, estão automatizadas. Tornar contextos diários mais acessíveis a esta população implica, em grande parte, gerir os estímulos ambientais e adequar a função. O EEER deve estar desperto para as manifestações comportamentais das alterações cognitivas e avaliar, de forma precisa e abrangente, os défices existentes.

Por outro lado, tendo em conta o contexto de Reserva Cognitiva, o EEER pode contribuir, através da sua intervenção diferenciada, para o aumento dessa reserva, protelando, ou talvez prevenindo, a instalação de comprometimento cognitivo na população mais envelhecida.

Portanto, destaca-se o desafio de integrar, na intervenção do EEER, instrumentos de avaliação e métodos de atuação que promovam a readaptação funcional da pessoa com alterações cognitivas e a promoção de um envelhecimento cognitivo saudável através da sensibilização e do incentivo ao treino cognitivo como rotina de bem-estar e promotor de qualidade de vida.

BIBLIOGRAFIA

- Céspedes, J. M. M. & Ustárrroz, J.T. (2008). *Rehabilitación neuropsicológica*. Madrid: Síntesis.
- Gillen, G., Nilsen, D. M., Attridge, J., Banakos, E., Morgan, M., Winterbottom, L. & York, W. (2015). Effectiveness of Interventions to Improve Occupational Performance Of People With Cognitive Impairments After Stroke: an Evidence-Based Review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 69(1), 1-13. **DOI:** 10.5014/ajot.2015.012138.
http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmod_o=2&selTab=tab1&pcensos=61969554
- Ikeda, N. C. L. K., Lemos, N. D. & Besse, M. (2014). A Terapia Ocupacional na reabilitação de idosos com Comprometimento Cognitivo Leve. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(3), 165-182. Acedido em 23-01-2018. Disponível em:
<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/22246/16247>
- Kiser, L., Zasler, N. (2009). Residential design for real life rehabilitation. *NeuroRehabilitation*, 25, 219-227. **DOI:** 10.3233/NRE-2009-0518.
- Langhorne, P., Bernhardt, J. & Kwakkel, G. (2011). Stroke Rehabilitation. *Lancet*, 377(9778), 1693-1702. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60325-5.
- Michel, J. A. & Mateer, C. A. (2006). Attention rehabilitation following stroke and traumatic brain injury, A Review. *Europa Medicophysica*, 42(1), 59-67. Acedido a 25-01-2018. Disponível em:
<https://www.minervamedica.it/en/getfreepdf/VXrul3rLdHoy5vp0NEmqM%252BHv9jUYmeoalv6ppWRwNGtAq5ytfO7hovELmZLDhrh7WqXse7A36ZZOXtau29P66w%253D%253D/R33Y2006N01A0059.pdf>
- Nunes, M. V. R. S. (2009). Envelhecimento Cognitivo: principais mecanismos explicativos e suas limitações. *Cadernos de Saúde*, 2(2), 19-29. Acedido a 26-01-2018. Disponível em:
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9880/3/CS%202.2%20%282%29.pdf>
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V. & Carvalho, A. (2015). *Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal*:

Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. Revista Científica da Ordem dos Médicos, 28(2), 182-188. Acedido a 27-01-2018. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6025/4295>

Santos, M. E., Sousa L. & Castro-Caldas A. (2003). Epidemiologia dos traumatismos crânio-encefálicos em Portugal. Acta Médica Portuguesa, 16, 71- 76.

Sisto, F. F., Castro, N. R., Cecilio-Fernandes, D. & Silveira, F. J. (2010). Atenção Selectiva Visual e o Processo de Envelhecimento. Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, 10(3), 93-102. Acedido a 25-01-2018. Disponível em: http://www.mackenzie.com.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Pos-Graduacao/Docs/Cadernos/caderno10/62118_10.pdf

Sohlberg, M. M., & Mateer, C. A. (2011). *REABILITAÇÃO COGNITIVA - Uma abordagem Neuropsicológica Integrada*. São Paulo: Santos Editora.

Stern, Y. (2013). Cognitive Reserve: Implications for Assessment and Intervention. *Folia Phoniatrica Logopaedica* 65, 49–54. DOI: 10.1159/000353443.

Varanda, E. M. G. & Rodrigues, C. A. F. (2016). Reeducação Cognitiva em Enfermagem de Reabilitação: Recuperar o Bailado da Mente. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 215-226). Loures: Lusodidacta.

Anexo I – The Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

VERSÃO PORTUGUESA 7.3 – VERSÃO ALTERNATIVA

Nome: _____ Idade: _____
 Género: _____ Data de Nascimento: _____
 Escolaridade: _____ Data de Avaliação: _____

VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA		Copiar o cilindro		Desenhar um Relógio (nove e dez) (3 pontos)		Pontos	
				<input type="checkbox"/> Contorno <input type="checkbox"/> Números <input type="checkbox"/> Ponteiros		___/5	
NOMEAÇÃO							
						___/3	
MEMÓRIA	Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-la. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde.	Barco	Ovo	Calças	Sofá	Roxo	Sem Pontuação
	1º ensaio						
	2º ensaio						
ATENÇÃO	Leia a sequência de números. O sujeito deve repetir a sequência. [] 5 4 1 8 7 (1 número/segundo) O sujeito deve repetir a sequência na ordem inversa. [] 1 7 4						___/2
	Leia a série de letras (1 letra/segundo). O sujeito deve bater com a mão cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros. [] FBACMNAAJKLBFAFAKDEAAAJAMOFABA:						___/1
	Subtrair de 7 em 7 começando em 80. [] 73 [] 66 [] 59 [] 52 [] 45 4 ou 5 subtrações correctas: 3 pontos; 2 ou 3 correctas: 2 pontos; 1 correcta: 1 ponto; 0 correctas: 0 pontos						___/3
LINGUAGEM	Repetir: Ela soube que o advogado dele meteu um processo após o acidente. [] As meninas a quem deram muitos doces ficaram com dores de barriga. []						___/2
	Fluência verbal: Dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra "M" (1 minuto). [] _____ (N ≥ 11 palavras)						___/1
ABSTRACÇÃO	Semelhança p.ex. entre banana e laranja = frutos [] olho - ouvido [] trompete - plano						___/2
EVOCAÇÃO DIFERIDA	Deve recordar as palavras SEM PISTAS	Barco	Ovo	Calças	Sofá	Roxo	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS
	[]	[]	[]	[]	[]		
Opcional	Pista de categoria Pista de escolha múltipla						
ORIENTAÇÃO	[] Dia do mês [] Mês [] Ano [] Dia da semana [] Lugar [] Localidade						___/6
Adapted by : Z. Nasreddine MD, N. Phillips PhD, H. Chertkow MD © Z.Nasreddine MD www.mocatest.org Examinador: _____						TOTAL ___/30	

Versão Portuguesa: Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 3. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Anexo II – Exercícios de treino da Atenção

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE: NÍVEL 1

Nome: _____, Data: ____/____/____

Instruções: Solicita que a pessoa compare as duas colunas e assinale as diferenças na coluna da direita.

6 3 2 1	2 3 2 1
6 4 5 0	4 6 5 0
4 7 5 2	0 7 5 8
0 7 4 3	0 5 4 7
1 0 2 9	1 0 2 7
2 0 7 4	5 0 7 4
6 3 2 5	6 6 2 5
6 3 5 8	6 7 8 8

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____

Número de não respondidos: _____

Número de falsos positivos: _____

Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE: NÍVEL 1

Nome: _____, Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar que a pessoa compare as duas colunas e assinale as diferenças na coluna da direita.

B T S W	B T S W
D P T B	D O T B
P F Y A	P F Y P
N T S C	N T S N
Q O P B	Q O P G
N T M O	M T M O
Y U I P	Y U I P

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____

Número de não respondidos: _____

Número de falsos positivos: _____

Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE: NÍVEL 1

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar que a pessoa assinale as palavras DADO.

A	M	A	D	F
S	O	L	A	D
F	D	A	D	O
I	M	A	O	A
D	A	D	O	P

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
Número de não respondidos: _____
Número de falsos positivos: _____
Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

11

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE: NÍVEL 1

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar para assinalar as letras L.

A	P	C	U	F
S	O	L	I	C
F	H	C	L	S
C	T	L	U	A
E	M	N	Z	C

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
Número de não respondidos: _____
Número de falsos positivos: _____
Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

17

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE: NÍVEL 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar para assinalar os quadrados OU os círculos.



Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
Número de não respondidos: _____
Número de falsos positivos: _____
Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

16

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE: NÍVEL 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar que a pessoa assinale as palavras CASA e MESA.

A	P	D	U	F
S	C	A	S	A
F	H	Q	L	S
I	T	L	U	A
M	E	S	A	P

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
Número de não respondidos: _____
Número de falsos positivos: _____
Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

17

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE: NÍVEL 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar que a pessoa compare as duas colunas e assinale as diferenças na coluna da direita.

S J K G	S I K G
D M J L	O M J L
J Y R R	J Y R Q
Y B M M	Y B N M
N M O P	M N O P
L N B O	L N B O
M J Z C	M J Z C
M B M D	M B M O

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
Número de não respondidos: _____
Número de falsos positivos: _____
Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE: NÍVEL 2

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar que a pessoa compare as duas colunas e assinale as diferenças na coluna da direita.

6 5 4 1 0 2 → 6 5 4 2 0 5
0 1 2 8 7 4 → 0 1 6 8 4 4
5 4 0 3 1 8 → 4 5 0 3 1 8
3 0 4 5 8 2 → 6 0 3 5 8 2
3 0 4 7 5 3 → 3 8 4 7 5 2
6 3 2 2 3 7 → 2 3 2 1 8 7
4 6 8 0 2 2 → 4 6 5 0 1 2
3 2 1 4 7 5 → 3 0 1 0 7 5

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
Número de não respondidos: _____
Número de falsos positivos: _____
Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE: NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar que a pessoa assinale as palavras CASA, CASACO, CINEMA E COLAR.

P	C	B	V	J	S	S	O	A	D
D	A	N	C	C	O	L	A	R	C
I	S	O	A	B	E	A	E	P	F
O	A	C	L	F	G	S	C	L	A
A	E	A	V	E	E	O	I	J	T
F	G	S	H	I	C	L	N	G	P
C	A	S	A	C	O	R	E	R	O
E	S	G	D	I	P	E	M	A	R
U	D	P	I	G	U	E	A	I	C
L	V	O	C	O	L	A	F	I	O

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
Número de não respondidos: _____
Número de falsos positivos: _____
Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

14

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE: NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar para assinalar as letras P e L.

A	C	P	V	J	S	B	S	O	D
R	A	D	C	C	O	N	L	A	C
J	E	A	V	E	E	A	O	I	T
L	A	O	L	F	G	C	S	C	A
O	R	S	E	O	A	E	S	D	I
G	G	F	H	I	C	S	L	N	P
R	A	C	A	C	O	S	R	E	O
A	S	E	D	I	P	G	E	M	R
I	D	U	I	G	U	P	E	A	C
I	V	L	C	O	L	O	A	F	O

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
Número de não respondidos: _____
Número de falsos positivos: _____
Número de respostas corretas: _____

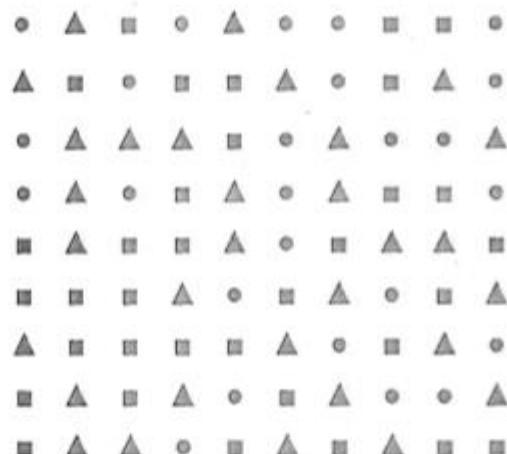
Observações: _____

20

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE: NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar para assinalar os quadrados e os círculos, utilizando cores diferentes.



Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
Número de não respondidos: _____
Número de falsos positivos: _____
Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

15

REABILITAÇÃO COGNITIVA: ATENÇÃO
DIFICULDADE: NÍVEL 3

Nome: _____ Data: ____/____/____

Instruções: Solicitar para assinalar os algarismos 1 e 8.

2	1	7	7	2	0	2	1	3	4
1	9	5	9	5	1	3	2	5	7
5	3	8	1	6	4	1	1	1	1
9	8	2	5	3	2	6	4	7	6
6	5	7	8	8	6	5	7	5	9
5	3	5	7	9	5	4	5	4	4
7	4	4	6	1	8	9	8	5	0
3	1	3	1	6	9	6	7	8	3
1	0	0	2	3	6	0	3	3	5
9	6	8	7	1	8	2	4	5	3

Registos de Enfermagem

Tempo de execução: _____
Número de não respondidos: _____
Número de falsos positivos: _____
Número de respostas corretas: _____

Observações: _____

22

Apêndice XIII – Plano de Cuidados Sr. A. C.

**Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem *de
Reabilitação***

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Plano de Cuidados

Catarina Magalhães Soares

Lisboa

Janeiro de 2018

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
1. IDENTIFICAÇÃO E DADOS GERAIS	8
2. APRECIÇÃO DO DOENTE.....	9
2.1 História clínica atual	9
2.2. Antecedentes Pessoais.....	10
2.3. Alergias	10
2.4. Medicação Prescrita.....	10
2.5. Auscultação Pulmonar / Respiração	11
2.6. Avaliação Neurológica	12
2.7. Avaliação Motora	14
2.8. Avaliação da Funcionalidade	17
3. PLANO DE CUIDADOS	19
CONSIDERAÇÕES FINAIS	28

INTRODUÇÃO

O seguinte trabalho compreende um plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação direcionado ao Sr. A. C., seguido pela equipa de ECCL, em contexto domiciliário.

Os dados apresentados na história de saúde atual foram colhidos do processo clínico e incluem dados desde a admissão hospitalar até à data de admissão pela equipa de ECCL. Este plano teve início no dia 5 de dezembro, no decorrer do primeiro contacto com o Sr. A. C.

Decidi estudar o caso do Sr. A. C. e aprofundar o processo de plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, pois trata-se de uma pessoa que apresenta alterações anatómicas crónicas (amputação), e que, apesar de estar consciente e compreender as limitações existentes, demonstra dificuldade em se readaptar física e psicologicamente ao seu novo estado de saúde. O meu foco passa por desenvolver um programa de readaptação funcional, através da reeducação funcional de cada membro e promoção da mobilidade em geral, trabalhando com o Sr. A. a sua motivação para o plano de reabilitação.

Este planeamento inicia-se com uma avaliação do doente, seguidamente é apresentado um plano de intervenção de reabilitação, que inclui diagnósticos sensíveis ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, a partir dos quais são delineados objetivos, intervenções individualizadas e colhidos dados para avaliação dos resultados e reformulação da intervenção, quando necessário. Por fim, são apresentadas as considerações finais, manifestando dúvidas e dificuldades sentidas no decorrer do mesmo, bem como pontos chave a reter sobre todo o processo.

1. IDENTIFICAÇÃO E DADOS GERAIS

Nome: A. C.

Idade: 84 anos

Peso: 71 kg

Altura: \approx 1m 70 cm

Índice de Massa Corporal (IMC): 24,6 kg/m

Género: Masculino

Raça: caucasiana

Nacionalidade: Portuguesa

Estado Civil: casado

Profissão: motorista (reformado)

Dimensão Familiar: constituído pela esposa, de 81 anos, que se assume com principal cuidadora, e um filho de 43 anos que está presente regularmente.

Dimensão ambiental: reside com esposa em casa própria, há cerca de 30 anos. Trata-se de uma moradia (R/c e 1º. Andar) composta por três assoalhadas, cujo WC possui poliban. A habitação foi adaptada e o casal dorme no R/C. Tem um pátio exterior onde o Sr. A. gosta de passar uma parte do dia quando está bom tempo.

Dimensão sociocultural: O Sr. A. é pensionista, trabalhou como motorista para uma empresa privada. A esposa exerceu várias atividades profissionais, a última como ama de crianças. O casal tem 1 filho, de 43 anos, separado recentemente e com um filho de 4 anos. Exerce atividade profissional e colabora, designadamente nas compras e auxilia economicamente os pais. A esposa apresenta-se como cuidadora principal. Há 3/4 meses tem apoio de uma empregada particular, de segunda a sexta-feira, no período da manhã, para a apoio na realização da higiene pessoal do Sr. A., higiene da habitação e confeção de alimentos. O Sr. A. mostra-se motivado e participativo no processo

de reabilitação. Gosta de ouvir música durante o dia, a esposa faz a pesquisa no *youtube* e põe a tocar, gosta sobretudo de Canto Alentejano.

Data de admissão: 18/10/2017

Motivo da admissão: isquemia crónica agudizada do membro inferior direito com necrose infetada do ante-pé e calcâneo direito com consequente amputação dos dedos do pé direito.

2. APRECIÇÃO DO DOENTE

2.1 História clínica atual

O Sr. A. C. a 2 de maio de 2017, por isquemia crónica do MI direito com necrose infetada do ante-pé e calcâneo direitos, realizou angiografia diagnóstica que mostrou oclusão da artéria femoral superficial. Em consulta verificou-se presença de loca viável, mas com pouca evolução. Internado no serviço de Cirurgia Vascular a 28 do mesmo mês para realização de angioplastia do membro inferior direito. No dia 29 foi submetido a stenting das artérias popliteia, artéria femoral superficial e comum direitas, por via femoral esquerda.

No pós-operatório, o Sr. A. desenvolveu um quadro de choque hemorrágico com necessidade de realizar nova angiografia e posterior intervenção cirúrgica por choque hipovolémico, com volumoso hematoma retroperitoneal. Foi submetido a arteriografia da aorta abdominal e eixos ilíacos e seletiva da artéria renal esquerda. Por suspeita de potencial lesão da artéria ilíaca primitiva esquerda colocou-se stent revestido.

Por manutenção de instabilidade hemodinâmica sem visualização de foco hemorrágico ativo realizou-se TAC toraco-abdomino-pélvica com contraste onde se visualizou volumoso hematoma péri-psoas esquerdo que atingia o polo inferior do rim esquerdo com densificação heterogénea do hilo renal suspeito de lesão arterial renal. Após laparotomia exploradora, salienta-se drenagem de volumoso hematoma retroperitoneal esquerdo. No fim do procedimento o doente encontra-se ainda com instabilidade hemodinâmica e pulsos distais ausentes. No dia seguinte, repetiu a TAC abdominal que mostrou pequeno hematoma subcapsular renal esquerdo, alguns focos de hipoperfusão do parênquima renal, pedículo renal sem lesão visível em fase arterial e pielografia ténue, mas sem extravasão, e menor hematoma.

O Sr. A. manteve-se na UCI até dia 5 de junho, onde realizou controlo da hemostase e reposição da volémia. Teve alta da UCI com pneumonia nosocomial para a qual fez 14 dias de antibioterapia com boa resposta laboratorial e clínica.

No dia 12 do mesmo mês foi submetido a limpeza cirúrgica do calcâneo direito, cuja análise do material extraído demonstrou infeção, pelo que cumpriu novamente antibioterapia, com efeito. Teve alta hospitalar a 26 de junho, clinicamente estável, com pulso popliteu direito positivo, a loca do calcâneo superficial e com fundo com tecido de granulação, o ante-pé praticamente cicatrizado e sem sinais laboratoriais de infeção.

A 31 de agosto foi admitido numa UCCI de média duração, onde permaneceu durante um mês, tendo pedido alta antecipada por se sentir deprimido e sem motivação para realizar programa de reabilitação.

A 15 de outubro é avaliado pela equipa de ECCI para integrar um plano de reabilitação em contexto domiciliário, que se encontra a cumprir até à presente data. Apresenta pele íntegra, embora a região do coto do pé direito permaneça frágil. Dor controlada, apenas quando realiza maior carga sobre o joelho e pé direito é que refere, por norma, dor grau 4 na Escala Visual Analógica.

2.2. Antecedentes Pessoais

- Cardiopatia Isquémica
- Doença de Parkinson
- Osteoartrite (mais acentuada nas articulações do joelho direito e mãos)

2.3. Alergias: sem alergias conhecidas.

2.4. Medicação Prescrita

Fármaco	Dosagem	Grupo Farmacológico
Carbidopa + Levodopa	25/250 mg	Tratamento de sintomas de Parkinson
Mirtazapina	15 mg	Antidepressivo
Pregabalina	75 mg	Tratamento da dor neuropática
Pantoprazol	20mg	Protetor gástrico

Cloridrato de Amantadina	100 mg	Dopaminomiméticos
Dicloridrato de trimetazidina	20 mg	Tratamento de Angina de Peito
Sinvastatina	20 mg	Estatina
Ácido acetilsalicílico	20 mg	Antiagregante Plaquetário
Clopidogrel	75 mg	Antiagregante Plaquetário

2.5. Auscultação Pulmonar / Respiração

Inspeção Estática	Não se observam alterações a nível da morfologia, diâmetros torácicos e assimetrias. Sem curvaturas anormais da coluna torácica. Sem alterações a nível muscular ou emagrecimento. Não apresenta tumefações ou lesões em toda a região do tórax, incluindo região mamária. Não apresenta desvio da traqueia.
Inspeção Dinâmica	Em relação aos movimentos torácicos simétricos, com respiração profunda e mais superficial por períodos, e eupneica.
Palpação	Não se observam alterações. Sem tumefações, lesões ou adenopatias
Percussão	Ressonância normal- som claro pulmonar.
Auscultação	Sem auscultação de ruídos adventícios, apenas discreta diminuição do murmúrio vesicular em ambas as bases pulmonares.
Tosse / Expetoração	Apresenta tosse pouco eficaz. Sem presença de secreções.

Apresenta-se normotenso, sem necessitar de terapêutica, tensão arterial sistólica a oscilar entre 100mmHg e 120mmHg, a diastólica a oscilar entre 50mmHg e 80mmHg. A frequência cardíaca oscila entre 65 bpm e 90 bpm.

2.6. Avaliação Neurológica (5 e 7 de dezembro de 2017)

Estado Mental	
Consciência	Vígil
Orientação	<p>Aplicado teste MOCA – Score 27/30 pontos (na atenção, acertou 2 em 5 subtrações numéricas pedidas, na fluência do discurso disse 9 palavras em 11 exigidas; na memória a longo prazo e evocação diferida, necessitou de pista de categoria para evocar uma palavra).</p> <p>O Sr. A. encontra-se <u>orientado auto e alopsiquicamente, atenção seletiva, focada, alternada e dividida aparentemente mantidas</u> (mantém diálogo e atividade (tarefas alternadas) simultaneamente, sem distrações incoerentes ou cometer erros/ interrupções; <u>memória de curto prazo</u> (teste de repetição de palavras após 5min.) e <u>longo prazo</u> (recorda datas significativas e descreve acontecimentos passados da sua vida familiar) <u>aparentemente mantidas, memória de trabalho também aparentemente mantida</u> (repete sequência numérica de 4 dígitos na ordem inversa); <u>Sem alterações de linguagem</u>: apresenta discurso fluente, repete, nomeia, compreende, lê e escreve (com dificuldade devido a alteração da motricidade fina nas mãos); <u>Sem presença aparente de agnosias, apraxias ou funções executivas</u>: reconhece e usa objetos sem dificuldade aparente, executa movimentos sem aparente dificuldade do foro cognitivo (apenas limitação de movimentos de motricidade fina) e planeia, organiza e realiza AVD de acordo com as limitações físicas que apresenta.</p> <p>Quando questionada, a esposa valida a presente avaliação.</p>
Atenção	
Memória	
Linguagem	
Conhecimento	
Funções práticas	
Funções Executivas	

Pares Cranianos	
I Olfativo	Consegue identificar os cheiros (por exemplo pastilha de mentol)
II Ótico	Com óculos graduados consegue visualizar os objetos a curta distância (35cm) e longa (5 metros), em ambos os campos visuais
III Oculomotor IV Patético VI Motor ocular externo	Avaliada a resposta pupilar apresentando foco luminoso do canto externo para a linha nasal. Pupilas Iso reativas. Ao testar os movimentos conjugados verifica-se que segue o movimento, sem anomalias.
V Trigêmio	Foi testada a sensibilidade da face nas três divisões (oftálmico/maxilar/mandibular), sem alterações de sensibilidade. Mantida a função motora dos músculos da mastigação (mastiga, encerra os dentes e manda beijinhos). Apresenta movimentos simétricos.
VII Facial	Sem desvio da comissura labial, sem apagamento do sulco nasogeniano; enrugua a testa; fecha os olhos com força; Mostra os dentes e sorri (sem assimetrias); Não foi avaliado o reconhecimento de sabores nos 2/3 anteriores da língua, mas segundo o próprio reconhece sabores (doce, salgado e amargo).
VIII Acústico	Verifica-se reação a estímulos auditivos: consegue ouvir o som de um relógio, bilateralmente e identifica o som (olhos fechados); Não foi possível realizar o teste de <i>Weber</i> e de <i>Rinne</i> . Equilíbrio estático e dinâmico mantido na posição de sentado e na posição ortostática o equilíbrio dinâmico encontra-se diminuído.
IX Glossofaríngeo	Não testado, segundo o próprio não apresenta alteração do reconhecimento dos sabores doce e salgado (1/3 posterior da língua); Sem desvios da úvula.

X Vago	Apresenta tosse pouco eficaz. Sem alteração do reflexo do vômito, sem alteração do tom de voz, fadiga vogal ou rouquidão.
XI Espinhal	Força mantida contra resistência ao nível do músculo esternocleidomastóideu e do trapézio (consegue manter os ombros elevados contra resistência exercida, consegue manter a cabeça virada para ambos os lados contra resistência exercida). Sem atrofia ou assimetrias dos músculos avaliados.
XII Hipoglosso	Avaliados os movimentos da língua: não se verificam assimetrias, atrofia, desvios da língua ou acumulação de saliva nas fossas periformes.

2.7. Avaliação Motora

Força Muscular (Escala Medical Research Council)			
Cabeça e pescoço	Flexão	5/5	
	Extensão	5/5	
	Flexão lateral esquerda	5/5	
	Flexão lateral direita	5/5	
	Rotação	5/5	
Membros Superiores		Esquerdo	Direito
Escapulo - umeral	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
	Adução	4/5	4/5

	Abdução	4/5	4/5
	Rotação interna	4/5	4/5
	Rotação externa	4/5	4/5
Cotovelo	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
Antebraço	Pronação	4/5	4/5
	Supinação	4/5	4/5
Punho	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
	Desvio Radial	4/5	4/5
	Desvio Cubital	4/5	4/5
	Circundação	4/5	4/5
Dedos	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
	Adução	4/5	4/5
	Abdução	4/5	4/5
	Circundação	---	---
	Oponência do polegar	4/5	4/5
Membros Inferiores		Esquerdo	Direito
Coxo-femoral	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5

	Adução	5/5	5/5
	Abdução	4/5	4/5
	Rotação interna	3/5	3/5
	Rotação externa	3/5	3/5
Joelho	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
Tibiotársica	Flexão plantar	4/5	3/5
	Dorsiflexão	4/5	3/5
	Inversão	4/5	2/5
	Eversão	4/5	2/5
Dedos	Flexão	3/5	---
	Extensão	3/5	---
	Adução	3/5	---
	Abdução	3/5	---

Tónus Muscular

O Sr. A. não apresenta alterações de tónus.

Sensibilidade

Sensibilidade Superficial	Térmica: reconhece luva com água quente e fria em todos os segmentos corporais, mas apresenta termo hiperestesia no terço distal do membro inferior direito
	Tátil: hipoestesia no terço distal do membro inferior direito, reconhece toque com compressa nos restantes segmentos corporais,

	Dolorosa: hiperalgesia do terço distal do membro inferior direito, restantes segmentos corporais sem alterações
Sensibilidade Profunda	Postural: sem alterações em todos os segmentos corporais
	Vibratória: não foi testada
	Pressão: sem alterações em todos os segmentos corporais

Coordenação e Equilíbrio

Não apresenta alterações aparentes na coordenação de movimentos, realiza teste dedo-nariz e calcanhar Joelho bilateralmente, sem alterações.

Relativamente ao equilíbrio, apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado satisfatório e na posição ortostática insatisfatório, tanto o estático como o dinâmico. Aplicada a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB), com score total de 18/30, traduzindo-se em equilíbrio insatisfatório com elevado risco de queda (score 75 na escala de morse).

Amplitudes Articulares

Apresenta limitação articular a nível da dorsiflexão e extensão da tibiotársica direita.

Marcha

Desloca-se com cadeira de rodas, que manobra com os membros superiores. Realiza marcha com apoio bilateral (enfermeiro e cuidadora), aguarda-se disponibilização de andarilho como auxiliar de marcha.

2.8. Avaliação da Funcionalidade

O nível de funcionalidade do Sr. A. foi avaliado, em alguns autocuidados, através de questões pormenorizadas ao próprio, à esposa e cuidadora, por impossibilidade de estar presente no momento da realização dos mesmos, e outros através da observação. Segue-se a avaliação segundo a FIM.

Parâmetro	Pontuação
Autocuidado	
Alimentação	4/7
Higiene Pessoal	3/7
Banho	2/7
Vestir a metade superior do corpo	4/7
Vestir a metade inferior do corpo	2/7
Utilização do Sanitário	2/7
Controlo de Esfíncteres	
Controlo Vesical	7/7
Controlo Intestinal	7/7
Mobilidade e Transferências	
Leito - cadeira	3/7
Sanitário	3/7
Chuveiro	3/7
Locomoção	
Marcha	3/7
Escadas	---
Comunicação	
Compreensão	7/7
Expressão	7/7
Cognição Social	
Interação Social	7/7
Resolução de Problemas	7/7
Memória	7/7

3. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico	Resultados esperados	Intervenção	Registo e Avaliação
Equilíbrio Corporal comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Que o Sr. A. desenvolva potencial para manter equilíbrio estático e dinâmico satisfatório na posição ortostática; - Que o Sr. A. consiga atingir um baixo risco de queda na realização das suas AVD; 	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar o Sr. A. a verificar as condições de segurança, nomeadamente presença de tapetes, objetos no chão, piso molhado e travões da CR, previamente a assumir a posição de pé; - Instruir e treinar uma base de sustentação adequada para manter o equilíbrio na posição ortostática; - Incentivar, instruir e treinar assumir a posição de pé e permanecer em equilíbrio estático por períodos crescentes (30 	<p>12/12 – O Sr. A. reconhece os sinais de perigo e está desperto para a gestão do ambiente aquando da passagem da posição de sentado para a posição ortostática e adota a medidas de segurança adequadas. Assume uma base de sustentação adequada após incentivo e tolerou cerca de 30/40 segundos na posição ortostática sem apoio direto;</p> <p>14/12 – (foi entregue andarilho que aguardava) demonstra motivação e maior segurança nos exercícios realizados, tolerou cerca de 1 minuto da posição ortostática sem apoio direto - melhoria no equilíbrio estático; Realizou</p>

		<p>segundos, 1 minuto, 2 minutos) com o menor apoio tolerado;</p> <p>- Instruir e treinar alongamentos quando na posição ortostática com o menor apoio tolerado;</p> <p><u>A partir de 2/01 foi possível:</u></p> <p>- Instruir e treinar movimentos de rotação do tronco para tocar/deslocar objetos de um ponto para outro (facilitação cruzada);</p> <p>- Instruir e treinar a rotação a 360 graus na posição ortostática, com o mínimo apoio tolerado;</p> <p>- Instruir e treinar alternância de carga entre o membro inferior direito e esquerdo, elevando o membro</p>	<p>alongamentos dos membros superiores e tronco apenas com apoio no andarilho.</p> <p>02/01 – Treino de equilíbrio dinâmico na posição ortostática, nomeadamente com alternância da passada e base de sustentação unipodal com boa tolerância, alguns movimentos realizados à segunda ou terceira tentativa, mas sem apresentar desequilíbrio significativo; Sem queixas algicas que impeçam a realização dos exercícios.</p> <p>04/01 – Maior confiança na realização dos exercícios, melhoria significativa do equilíbrio estático na posição ortostática. Trabalhada a questão da segurança na realização dos exercícios através de estratégias de minimização do risco de queda. Desempenho razoável dos exercícios de equilíbrio dinâmico na posição ortostática. Apresenta boa utilização do andarilho como auxiliar nos exercícios de</p>
--	--	---	--

		<p>que não está a realizar carga, com apoio do andarilho;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir e treinar exercício de equilíbrio estático e dinâmico na posição ortostática com um pé à frente do outro no apoio ao solo (simular passada na marcha), alternando a posição dos pés com o apoio do andarilho; - Realizar reforço positivo; - Reforçar importância da autoconfiança para minimizar angústia e aumento do risco de queda na realização das AVD; 	<p>equilíbrio dinâmico na posição ortostática.</p> <p>Tolera sequência de 10 movimentos (5 + 5) de lateralização do tronco com bom desempenho, sem acusar cansaço ou dor.</p>
<p>Movimento Muscular diminuído</p>	<p>- Que o Sr. A. apresente integridade das estruturas articulares,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a força muscular recorrendo à escala MRC; - Instruir o Sr. A. sobre os exercícios, antes de serem 	<p>12/12 – Realizadas mobilizações com boa tolerância por parte do Sr. A, com dor grau 4 no joelho direito após mobilizações resistidas, pelo que foi realizada massagem com tópico anti-inflamatório. Realizadas mobilizações</p>

<p><u>Manifestado por:</u></p> <p>Alteração da força muscular segundo eMRC</p> <p><u>Relacionado com:</u></p> <p>Período prolongado de imobilidade, amputação nos dedos do pé direito</p>	<p>mantenha a amplitude dos movimentos e melhore a circulação;</p>	<p>realizados e durante a sua realização;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar o correto posicionamento durante a realização de mobilizações, promovendo conforto e alinhamento corporal ideal para mobilizar os diferentes segmentos corporais; - Realizar mobilizações ativas assistidas no movimento de dorsiflexão e flexão plantar direito; - Realizar mobilizações ativas assistidas ou resistidas de todos os movimentos dos restantes segmentos corporais para reforço muscular; - Promover períodos de repouso após realização dos exercícios; 	<p>assistidas da articulação tibiotársica direita com marcada limitação da amplitude dos movimentos, mas sem presença de dor.</p> <p>14/12 – Realização de mobilizações resistidas dos membros superiores e inferiores, com maior ênfase nos quadricíptes e posteriores da coxa para facilitar movimentos funcionais de levantar/sentar (agachamento adaptado);</p> <p>02/01 – Graus de força muscular nos segmentos dos membros superiores passam para grau 4+ após avaliação, (uso do andarilho pode ter sido um treino acrescido?), e movimento muscular dos membros inferiores (coxo-femural, joelho e tibiotársica) mais eficaz na resposta à resistência oferecida e nas atividades funcionais pedidas; mantém limitação no movimento articular da tibiotársica direita, foram reforçadas as mobilizações assistidas dos segmentos envolvidos;</p>
---	--	--	--

		<p>- Realizar massagem de relaxamento quando necessário das articulações dos joelhos e ombros, maioritariamente, a fim de promover a circulação sanguínea no local, retorno venoso e prevenir dor;</p>	<p>04/01 – Mantém treino de mobilizações, agora maioritariamente resistidas (exceto na tibiotársica direita).</p>
<p>Potencial para melhorar a capacidade de andar com auxiliar de marcha (andarilho)</p> <p><u>Manifestado por:</u> dependência no andar sem auxiliar de marcha</p> <p><u>Relacionado com:</u></p>	<p>- Que o Sr. A. desenvolva capacidade para andar curtas distâncias (aproximadamente 10 metros) com apoio de andarilho, de forma segura e com supervisão.</p>	<p>- Avaliar a capacidade do Sr. A. para andar com andarilho e ajustar altura do mesmo;</p> <p>- Avaliar a capacidade da esposa para assistir o Sr. A. a andar com andarilho.</p> <p>- Instruir e treinar o Sr. A. a andar com andarilho – realizar uma pega correta e segura do andarilho, avançar primeiro o andarilho, depois a perna direita e por fim a perna esquerda.</p>	<p>14/12 – Realizados ensinamentos ao Sr. A. e esposa sobre normas de segurança no uso do andarilho, que aparentemente compreenderam. Instruído e treinado o andar com andarilho com bom resultado, o Sr. A. coordena os movimentos nas várias fases da marcha sem dificuldade.</p> <p>02/01 – Tolerou treino de marcha com distância percorrida de cerca de 7 metros. Consegue deslocar-se pelo domicílio com o auxiliar de marcha. É necessário corrigir a postura do tronco por tendência a anteriorizar o tronco. Não apresenta desequilíbrios no andar e realiza</p>

Período prolongado de imobilidade, amputação nos dedos do pé direito		- Instruir e treinar a distância ideal entre o corpo e o andarilho no andar, mudanças de direção, posicionar-se para se levantar e sentar com andarilho;	um bom ataque ao solo do auxiliar de marcha. Foi colocada música do agrado do Sr. A. para criar ritmo na passada na tentativa de uma marcha cada vez mais funcional. 04/01 – Tolerou treino de andar com andarilho por cerca de 10 metros (novamente com música ritmada), mantendo necessidade de correção da postura, mas sem comprometer a segurança do andar. Denota-se maior motivação para o programa desde que iniciou treino de andar com andarilho.
Potencial para melhorar a capacidade em usar dispositivo auxiliar para autocuidado: ir	- Que o Sr. A. desenvolva potencial para usar o sanitário de forma independente ou apenas com supervisão de terceiros	- Avaliar conhecimento do Sr. A., esposa e cuidadora sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: ir ao sanitário; - Avaliar a capacidade do Sr. A. para usar dispositivo auxiliar para o	7/12 – A esposa do Sr. A. refere, durante o treino de levantar/sentar, que a altura em que é mais difícil para o Sr. A. realizar esta atividade é em contexto do uso do sanitário, apensar de ter barras de apoio na parede de ambos os lados da sanita. Refere que quando a cuidadora se ausenta, o Sr. A. faz uso da fralda para a eliminação por receio de queda ou de não se

<p>ao sanitário.</p> <p>Manifestado por: dificuldade em sentar-se e levantar-se da sanita em segurança e sem dor; incapacidade em despir e vestir a metade inferior necessário ao uso do sanitário;</p> <p>Relacionado com:</p> <p>Diminuição da força muscular, coto no pé direito,</p>		<p>autocuidado: ir ao sanitário (alteador de sanita);</p> <p>- Instruir sobre o uso do dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário;</p> <p>- Treinar o uso do dispositivo auxiliar para autocuidado: ir ao sanitário.</p>	<p>conseguir levantar após o uso do sanitário. Como tal, pedi ao Sr. A. que me exemplificasse uma ida ao sanitário e constatei que a dificuldade passava pelo facto da sanita ser bastante baixa. Sugeri então um alteador de sanita e a receção foi boa, quer por parte do Sr. A. quer pela esposa e cuidadora. Como tal, a equipa articulou com outra entidade da comunidade no sentido de disponibilizar um alteador de sanita.</p> <p>02/01 – O alteador já tinha sido entregue no domicílio e realizada a instrução e treino da utilização do mesmo por parte da enfermeira da equipa de ECCI. Tanto o Sr. A. como a esposa referem maior segurança e funcionalidade no uso do sanitário, já não tendo necessidade que recorrer ao uso da fralda.</p> <p>04/01 – Treinado o uso do sanitário com alteador de sanita: o Sr. A. consegue deslocar-se até à</p>
---	--	--	---

alteração do equilíbrio na posição ortostática			sanita com andarilho, necessita de pequeno apoio para baixar as calças e para as subir mas levanta-se e senta-se apenas com supervisão (passa de FIM 2 para FIM 4).
Risco de rigidez articular / Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular Manifestado por: limitação articular na tibiotársica direita	- Que a cuidadora desenvolva potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular (articulação tibiotársica direita) - Que a limitação articular da articulação tibiotársica direita do Sr. A. não progrida.	- Avaliar movimento articular, amplitude e presença de dor à mobilização; - Instruir e treinar a aplicação de calor e massagem da articulação; - Instruir e treinar técnica de exercícios muscular e articular passivo; - Incentivar a execução das técnicas e exercícios pela cuidadora, diariamente; - Incentivar o correto posicionamento do pé (na CR e no leito);	12/12 – Ao realizar as mobilizações da articulação verbalizei a necessidade de prevenir maior limitação articular e impacto da mesma no andar; o Sr. A. referiu que a cuidadora todos os dias massaja a articulação mas não a mobiliza por desconhecimento e receio de criar dor. Foram então realizados ensinamentos à cuidadora sobre a importância da mobilização, da dor como delimitador do movimento realizado e o calor (moderado) como possível auxiliar no processo. Ficou combinado treino para a visita seguinte. 14/12 – Quando chegamos a cuidadora perguntou se podia usar uma botija elétrica para aplicação de calor no membro e preparou-a de seguida. Foi aplicado o calor e realizado o

Relacionado com: Diminuição da força muscular, coto no pé direito;			treino à cuidadora, que demonstrou capacidades para tal; 02/01 – A cuidadora mantém-se a realizar as técnicas e os exercícios diariamente. A limitação articular mantém-se, mas não agravou.
---	--	--	---

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na fase inicial da implementação do plano de cuidados importa salientar que o ponto de partida tem por base todo o trabalho até então realizado pela equipa da ECCI, nomeadamente na adaptação do domicílio, motivação o Sr. A. para o plano de reabilitação, capacitação da cuidadora para auxiliar nos autocuidados, fortalecimento muscular e progressão da mobilidade geral, entre outros. Assim, o presente plano vem dar resposta à continuidade de cuidados e com esta o estabelecimento de novos objetivos, como é exemplo o treino de andar com auxiliar de marcha.

Um aspeto que penso ter sido crucial no processo de reabilitação do Sr. A. foi a mudança para o contexto domiciliário, onde se tornou mais fácil estabelecer objetivos individualizados e, para o Sr. A., ter consciência de ganhos concretos no seu projeto de vida. Um aspeto interessante é a esposa colocar a música de eleição do Sr. A. durante os cuidados, e outro é o Sr. A. ter verbalizado vontade de conseguir deslocar-se a andar com o andarilho para o pátio exterior da casa para “apanhar sol” quando o tempo melhorar, o que se torna num fator motivador e, portanto, se torna uma prioridade nos cuidados.

No contexto da comunidade, torna-se muito evidente o trabalho em parceria e o estabelecimento de objetivos por parte da pessoa alvo dos cuidados como pontos orientadores do trabalho do enfermeiro de reabilitação, pois só assim somos acolhidos no espaço pessoal da pessoa que cuidamos e conseguimos ganhos efetivos em saúde.

Apêndice XIV – Jornal de Aprendizagem: A Adesão e Motivação para o
Processo de Reabilitação

Jornal de Aprendizagem:

A Adesão e Motivação para o Processo de Reabilitação

A realização do presente trabalho surge no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, em contexto comunitário, ao Sr. A. O presente caso retrata um Sr. que sofreu uma amputação dos dedos dos pés, resultado de doença vascular isquémica, e que requereu alta antecipada após um mês internado numa UCC de média duração, por se sentir deprimido e com falta de motivação para prosseguir o programa de reabilitação. Ainda assim, após duas semanas no domicílio, iniciou seguimento pela equipa de ECCI em contexto domiciliário e tem evoluído consideravelmente em termos físicos, psicossociais e emocionais.

A questão motivacional suscitou-me interesse do ponto de vista do impacto que o contexto poderá ter na adesão a um programa de reabilitação, atendendo ao impacto da patologia e consequente amputação como fatores preponderantes na gestão deste caso em particular.

Em diálogo com a enfermeira orientadora, pude perceber que a adesão ao processo de reabilitação foi gradual e partiu dum ponto em que o Sr. A. não levantava a cabeça, fixando o chão constantemente, não respondia quando conversavam com ele, apenas de forma curta a perguntas objetivas, não demonstrando qualquer motivação para o plano de reabilitação. Foi necessário muito incentivo, a criação de uma relação terapêutica que assegurasse bastante apoio emocional, para que o Sr.A. começasse a aderir ao programa e reagisse aos progressos que foram sendo conquistados em equipa.

Segundo Costa (2013), a adesão aos cuidados de reabilitação é afetada por variados fatores, sendo dos mais preponderantes as alterações de humor, como ocorre em situação de depressão, e o mau controlo de sintomas como a dor. Estudos que envolvem pessoas idosas que sofreram amputações de causa vascular, defendem que mais de 60% poderá desenvolver uma depressão e reações de luto devido a perda do membro ou parte do mesmo, assim como relativas a perda de independência e alterações da imagem corporal. A dor, por seu lado, está presente em 70% dos casos e é um entrave ao processo motivacional (Fleury, Salih, Peel, 2013).

Segundo Grilo (2012), uma amputação, por norma, origina dor, que pode ser de origem nociceptiva, neuropática (onde se enquadra a dor do membro fantasma), ou psicossomática, bem como fenómenos de *cramping*, relacionados com a presença de nevromas decorrentes do ato cirúrgico. A dor nociceptiva no coto amputado é uma resposta normal e previsível à agressão cirúrgica. A percepção precoce de sensações do membro amputado (sensação fantasma) é também comum e pode ser acompanhada de dor ou não. A dor fantasma é a percepção dolorosa do membro amputado, descrita como ardente e esmagadora, que pode começar imediatamente após a amputação, ou até anos após a cirurgia e, normalmente, sente-se em pontos precisos do membro fantasma. A sua incidência é muito variável, sendo que, esta discrepância pode ocorrer devido à existência de diferentes critérios para distinguir a dor da sensação, ou dor no coto da dor do membro fantasma e à incapacidade de distinguir a dor fantasma da dor no coto residual. A dor pode ser contínua ou intermitente, com várias exacerbações durante o dia, enquanto noutros casos, a dor do membro fantasma ocorre em intervalos aleatórios mais ou menos frequentes.

Este foi um ponto em que senti dificuldade: a avaliação da dor, sendo subjetiva, pois passa pela expressão da pessoa que a sente e a interpretação que o profissional faz da mesma. No caso do Sr. A., quando questionado, refere não ter a sensação nos dedos amputados, refere sim dor ocasional relacionada com estímulos externos, como o lençol a tocar no coto ou quando faz pressão sobre a cama. Aparentemente, trata-se de uma dor nociceptiva, definida por Quadros (2010) como aquela que surge como consequência da aplicação de estímulos, que produzem a ativação dos recetores específicos localizados nas estruturas somáticas e viscerais do corpo. É o resultado da ativação do sistema neurofisiológico constituído por nociceptores periféricos, vias centrais da sensibilidade dolorosa e córtex cerebral.

Ao aprofundar o conhecimento sobre esta temática, descobri intervenções que posso desenvolver com o Sr. A. no sentido de atenuar o impacto da dor no seu processo de reabilitação. É exemplo o treino da imagem mental do movimento ou sensação da região amputada pode ser praticado regularmente, conduzir à ativação do córtex motor e sensitivo, e assim modular o processo de reorganização cortical após amputação, promovendo o alívio da dor. Este método desempenha um papel na reorganização cortical e pode também ser

relevante no controlo do stress e na criação de estratégias de *coping* que possibilitem à pessoa gerir o quadro doloroso (Grilo, 2012).

Outra intervenção passível de ser aplicada pelo ER no contexto comunitário é o treino de discriminação sensorial. Este consiste em aprender a distinguir a localização e frequência dos estímulos sensitivos aplicados ao nível da extremidade amputada. Estudos revelaram o seu benefício na redução da dor, no aumento da acuidade sensitiva e normalização da reorganização cortical (Grilo, 2012).

A depressão e a dor são aspetos que estiveram presentes e dificultaram a adesão do Sr. A. ao processo de reabilitação. Contudo, questiono-me até que ponto são uma barreira intransponível ao processo de adesão e motivação para a reabilitação. Isto porque o Sr. A. continua medicado para a depressão e a dor, apesar de mais controlada, permanece e, ainda assim, os progressos alcançados são notórios e só são possíveis devida à adesão e motivação demonstrada.

O ponto de viragem para o Sr. A. foi a sua admissão na equipa de ECCL em contexto domiciliário, que possibilitou o estabelecimento de uma relação de maior proximidade e parceria de cuidados que, atualmente, posso constatar que passa por uma confiança mútua de que ambas as partes envolvidas trabalham com os mesmos objetivos. Tenho consciência de que a qualidade da relação estabelecida entre a enfermeira orientadora e o Sr. A. foi determinante para que eu fosse bem-recebida no seu contexto, e me permitiu e facilitou trabalhar no sentido da continuidade do programa de reabilitação já em curso.

Neste sentido, Costa (2013) refere que o processo de adesão pressupõe uma parceria entre a pessoa e a equipa multidisciplinar, organizada consoante os objetivos da pessoa. O vínculo que é estabelecido é crucial, e a qualidade do mesmo advém duma atitude empática e assenta nas competências de comunicação dos profissionais, o que permite a transmissão clara de conhecimentos, facilitando a assimilação dos mesmos. O saber ouvir, entender e respeitar as expectativas e preocupações da pessoa são fundamentais e devem estar sempre presentes nos comportamentos e atitudes dos profissionais.

A meu ver, e neste caso em particular, o contexto teve, também, um impacto significativo na adesão e motivação para o processo de reabilitação do Sr. A.. A esposa, cuidadora, o filho e alguns vizinhos estão muito presentes e

mantém uma relação afetuosa com o Sr. A.. A sua esposa, em particular, coloca a tocar as músicas que este gosta, incentiva-o a realizar os exercícios e a estabelecer objetivos (a esposa quer voltar a passar as tardes a apanhar sol no pátio da sua casa, na companhia do marido). Todo o ambiente em que o Sr. A. se insere é promotor de bem-estar e autoestima, o que, após a situação de doença vivenciada, é vital para a reabilitação.

A minha experiência no contexto do meu local de trabalho, sendo um centro de reabilitação que incentiva fins de semana terapêuticos, permite-me constatar que as pessoas internadas que reúnem condições e se deslocarem a casa, demonstram maior motivação, objetivos de reabilitação mais concretos, menor labilidade emocional, ansiedade e frustração. Também quando têm alta para o domicílio e retornam à consulta de seguimento, 6 meses depois, por norma encontram-se satisfeitos com o regresso a casa. Mais concretamente, Fleury, Salih, Peel (2013) defendem que pessoas em situação de amputação, a partir do momento em que a mobilidade em cadeira de rodas é funcional e que o domicílio esteja adaptado, devem ser incentivadas as saídas para fim de semana terapêutico.

No mesmo sentido, Costa (2013) defende que o contexto domiciliar permite à pessoa uma maior consciencialização das suas limitações e capacidades, o que poderá ser benéfico, pois desse modo terá maior empenho, irá esforçar-se mais na realização do plano de reabilitação, bem como uma maior valorização do trabalho dos profissionais que a acompanham. Assim, também a perceção de que existe um suporte emocional permite à pessoa sentir-se amada e apoiada pelas pessoas que lhe são próximas.

A questão do ambiente como conceito central no processo de reabilitação reforça a pertinência da teoria desenvolvida por Orem, que relaciona a pessoa, a sua situação de saúde, o ambiente e o enfermeiro. Orem (2001) defende, precisamente, que o ambiente deve ser tido em consideração na medida do seu contributo para a independência na satisfação das necessidades da pessoa. E aqui, a autora afirma que o enfermeiro pode ajudar a pessoa, promovendo a interação mútua através da relação e da abordagem com a família, envolvendo a mesma no cuidado através da orientação e capacitação (Orem, 2001).

Em suma, morbilidades físicas e psicológicas, ambiente terapêutico e comportamento dos profissionais face à pessoa lesada, poderão desencadear

um comportamento motivado ou desmotivado. Um bom suporte familiar e social exerce uma influência positiva no processo de adesão e motivação (Costa, 2013), o que, no caso do Sr. A. se torna claro.

Segundo Tyrrell, Levack, Ritchie & Keeling (2012), o vínculo criado entre a pessoa cuidada e o enfermeiro é promotor de motivação e permite atingir o estadio de independência mais eficazmente. O mesmo estudo conclui que as pessoas alvo dos cuidados de enfermagem percebem quando os enfermeiros são capazes de antecipar as suas necessidades e dar um reforço extra no que concerne questões emocionais.

A intervenção de planeamento que visa o cuidado à pessoa no seu contexto familiar, com diferentes graus de dependência, enquadra-se no âmbito da teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem. Estes surgem como forma de compensar o défice de autocuidado manifestado pela pessoa, e o enfermeiro substitui, ajuda naquilo que esta é incapaz de realizar por si só, ensina e supervisiona as ações realizadas (Orem, 2001). Neste sentido, e segundo a autora, da interação do enfermeiro com a pessoa alvo dos cuidados resultam atitudes consistentes para suprir as necessidades, tendo em vista as intervenções planeadas para alcançar resultados e resolver os problemas identificados.

Neste caso concreto, penso que se passou isso mesmo entre a enfermeira orientadora e o Sr. A., na fase inicial do processo de reabilitação. Tendo por base o sistema parcialmente compensatório, o Sr. A. e a enfermeira assumiam ambos o papel principal nos cuidados, mediante as limitações existentes. Nessa fase, e de acordo com Orem (2001), o cuidado é negociado e aceite pela pessoa, e as responsabilidades variam de acordo com as limitações, o conhecimento, capacidades e com a motivação para aprender e desempenhar as ações do cuidado. Assim, o plano de reabilitação foi negociado e as responsabilidades foram sendo transferidas para o Sr. A. à medida em que o seu conhecimento, capacidade e motivação foi evoluindo.

Atualmente, o nível de independência do Sr. A. é maior e também o seu autocontrolo a nível emocional, o que exige que a relação terapêutica seja dinâmica.

Esse dinamismo na relação é responsabilidade do enfermeiro e, no processo de reabilitação, já enquadrado num sistema de apoio-educação (Orem,

2001), resume-se a prestar apoio, orientação e instrução para que o envolvimento do Sr. A. lhe permita ser um agente de autocuidado eficaz. A transição entre uma relação de maior dependência por parte do Sr. A. para uma em que o apoio direto é substituído por diretrizes e incentivos é crucial e, do meu ponto de vista, um indicador de sucesso de todo o processo.

Assim sendo, foi-me possível integrar o processo iniciado pela equipa e conseguir, a meu ver, estabelecer uma relação terapêutica através da honestidade e confiança mútua, ouvindo o Sr. A., mas também desafiando-o a sair da sua “zona de conforto” e estabelecer novas metas, reformular objetivos de acordo com a evolução do seu estado funcional. A teoria dos sistemas desenvolvida por Orem permitiu-me orientar a intervenção e, neste caso, particular, adequar a relação estabelecida e o conteúdo da mesma, tornando-me mais assertiva e promovendo a maior independência do Sr. A.

Desenvolvendo competências de EEER, devo prestar cuidados de enfermagem que requerem um nível mais aprofundado de conhecimentos e habilidades, avalio de forma sistemática as mudanças verificadas e introduzo alterações necessárias, desenvolvendo para isso competências como a disciplina e a comunicação, tendo sempre a capacidade de alterar a forma como se processa essa comunicação.

O contexto comunitário tem traduzido um despertar para esta abordagem mais abrangente das competências relacionais do ER no âmbito do plano de reabilitação nas suas diferentes etapas. Este caso concreto permitiu-me analisar o impacto real que uma relação terapêutica, aliada a outros fatores modificáveis, pode ter na adesão, motivação e sucesso do percurso para reabilitar.

Bibliografia

- Costa, H. M. B.T. (2013). *Fatores relevantes na Adesão ao Processo de Reabilitação*. Dissertação de Mestrado. Disponível em RCAAP. <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/11586/1/7969.pdf>
- Fleury, A. M. Salih, A. S. & Peel, N. M. (2013). Rehabilitation of the older vascular amputee: A review of the literature. *Geriatrics Gerontology International*, 13 (2), 264-273. **DOI:** 10.1111/ggi.12016.
- Grilo, I., R. S. T. (2012). *Dor no Amputado*. Dissertação de Mestrado. Disponível em RCAAP. <http://hdl.handle.net/10216/74226>.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing - Concepts of practise* (6ª ed).USA: Mosby - A Harcourt Health Sciences Company.
- Quadros, L. F. C. D. (2010). *A prevalência e a repercussão psicológica e funcional da dor e sensação fantasma na amputação do membro inferior por isquémia avançada*. Dissertação de Mestrado. Disponível em RCAAP. http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1977/1/591758_TESE.pdf
- Tirrell, E. F., Levack, W. M., Ritchie, L. H. & Keeling, S. M. (2012). Nursing contribution to the rehabilitation of older patients: patient and family perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (11), 2466-2476. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2012.05944.x.

Apêndice XV – Plano de Cuidados Mna. M.



**Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Plano de Cuidados

Catarina Magalhães Soares

Lisboa

Janeiro de 2018

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	40
1. IDENTIFICAÇÃO E DADOS GERAIS	41
2. APRECIÇÃO DO DOENTE.....	42
2.1 História clínica atual	42
2.2. Antecedentes Pessoais.....	43
2.3. Alergias	43
2.4. Medicação Prescrita.....	43
2.5. Auscultação Pulmonar / Respiração	44
2.6. Força Muscular	44
2.7. Tónus Muscular.....	46
2.8. Sensibilidade.....	46
2.9. Coordenação e Equilíbrio.....	46
2.10. Amplitudes Articulares	47
2.11. Marcha	47
2.12. Avaliação do Desenvolvimento (6 de dezembro de 2017)	47
2.13. Avaliação do Autocuidado.....	48
3. PLANO DE CUIDADOS	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
BIBLIOGRAFIA	71

INTRODUÇÃO

O seguinte trabalho compreende um plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação direcionado à menina M. D. de 4 anos de idade, seguida pela equipa de ECCI, em contexto domiciliário (reside numa instituição).

Os dados apresentados na história de saúde atual foram colhidos do processo clínico e incluem dados desde o nascimento até à data de admissão pela equipa de ECCI. Este plano teve início no dia 4 de dezembro, no decorrer do primeiro contacto com a menina.

Decidi abordar este caso e aprofundar o processo de plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, pois trata-se de uma experiência completamente nova, a nível pessoal, a de prestar cuidados de reabilitação pediátrica. O plano de reabilitação já tem anos de evolução e resultou do empenho de várias instituições e enfermeiros no sentido de tornar possível a uma equipa de ECCI assegurar cuidados de reabilitação pediátricos.

Este planeamento inicia-se com uma avaliação da menina M. D., seguidamente é apresentado um plano de intervenção de reabilitação, que inclui diagnósticos sensíveis ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, a partir dos quais são delineados objetivos, intervenções individualizadas e colhidos dados para avaliação dos resultados e reformulação da intervenção, quando necessário. Por fim, são apresentadas as considerações finais, manifestando dúvidas e dificuldades sentidas no decorrer do mesmo, bem como pontos chave a reter sobre todo o processo.

1. IDENTIFICAÇÃO E DADOS GERAIS

Nome: M. D.

Idade: 4 anos

Peso: 11,30 kg

Altura: ≈ 95 cm

Índice de Massa Corporal (IMC): 12,52 kg/m

Género: Feminino

Raça: caucasiana

Nacionalidade: Portuguesa

Dimensão Familiar: O agregado familiar da M. é composto pela irmã gémea, menina R., que também sofre da mesma patologia e comorbidades e que é igualmente alvo da intervenção da equipa de ECCL. Além da irmã gémea, a menina M. tem a mãe, de 47 anos, com surdez congénita, o pai, de 43 anos, com surdez adquirida, dois irmãos, de 16 e 4 anos, e uma irmã com 7 anos, estes últimos sem patologia conhecida.

Dimensão ambiental: reside numa instituição de acolhimento a crianças abandonadas ou em situação desfavorecida, onde permanece com a irmã gémea, excetuando quando sai para consultas ou terapias. O seu espaço mais íntimo na instituição é o quadro, que as gémeas partilham, e onde decorre a intervenção da ER, e onde existem brinquedos, televisão, aspirador de secreções, nebulizadores portáteis, BIPAP, etc.

Dimensão sociocultural: as gémeas têm uma relação muito próxima com as educadoras que as acompanham na instituição, são diariamente estimuladas e desenvolvem atividades adequadas ao seu estadio de desenvolvimento. A menina M. tem interesses comuns para a sua idade, envolvendo desenhos animados, triciclos, desenhar, pintar, entre outros.

Data de admissão: 08/05/2015

Motivo da admissão: doença neuromuscular em estudo, com atraso do desenvolvimento neuro psicomotor e complicações/reinternamentos frequentes a nível respiratório;

2. APRECIÇÃO DO DOENTE

2.1 História clínica atual

A menina M. nasceu no dia 4 de outubro de 2013, com índice Apgar: 7/8/8. Após o nascimento apresentou bradicardia e hipotonia, com necessidade de administração de oxigénio e ventilação com ambu, que condicionou internamento em neonatologia. Apresenta diplegia facial e hipotonia marcada desde o nascimento.

Esteve internada na neonatologia por hipotonia e gemido, com necessidade de aporte de oxigénio após o nascimento. Como intercorrências, destaca-se sépsis neonatal tardia (nosocomial), sem agente isolado. Rastreio metabólico alargado sem alterações. Após alta ficou a ser seguida por: neurologia, por suspeita de doença neuromuscular por diplegia facial e hipotonia desde o nascimento e dificuldades alimentares; gastroenterologia, desde Setembro 2014, por apresentar uma Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG); Pneumologia, por insuficiência respiratória crónica, com necessidade de ventilação não invasiva (VNI - BIPAP noturno com O2; IPAP 14/ EPAP 5; FR30) noturna desde o primeiro ano de vida; e Medicina Física e Reabilitação, pois encontra-se a fazer terapia ocupacional três vezes por semana.

No seguimento do contacto da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário do Hospital com a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, foi solicitada à UCC assegurar os cuidados de enfermagem de reabilitação respiratória a duas crianças institucionalizadas. O objetivo desta parceria seria prestar cuidados à menina M. e irmã gémea, que apresentam atraso no desenvolvimento neuro psicomotor, com hipotonia generalizada, necessidade de VNI durante a noite e de exercícios respiratórios diários, para mobilização das secreções e aspiração por tosse ineficaz e, com a intervenção da equipa da EECl, reduzir a frequência das idas das duas crianças ao serviço de urgência e consequentemente os internamentos hospitalares, com ganhos em saúde na sua qualidade de vida.

À entrada em EECl, a menina M. apresenta um desenvolvimento infantil não adequado à idade: senta-se com ajuda e mantém a posição, faz treino de posição de pé com andarilho adaptado. Faz adeus, pronuncia algumas palavras soltas com “olá”, “adeus”, “sim”, “não”, “papa”, “a pé”, de resto comunica com gestos e postura corporal de forma eficaz para pedir objetos ou manifestar

desagrado. Gosta de música e de brincar com objetos com animais. Acalma ao colo. Tem PEG, no entanto, desde há um mês que iniciou treino de alimentação por via oral, sendo que já não utiliza PEG para a realização das refeições: sopa passada com carne ou peixe, fruta batida e iogurtes ao pequeno-almoço e lanche.

Apresenta historial de múltiplos internamentos e idas à urgência, maioritariamente relacionadas com vulnerabilidade respiratória. Faz acompanhamento em consulta de neurologia, pediatria, pneumologia, gastroenterologia e medicina física e de reabilitação. Desde o início da intervenção da equipa de ECCI em contexto de cuidados de reabilitação a nível respiratório, o número de internamentos diminuiu muito significativamente. O último internamento hospitalar foi dia 10 de março de 2017 por infeção respiratória com hipoxemia, tendo sido o anterior em fevereiro, por pneumonia lobar.

2.2. Antecedentes Pessoais

- Insuficiência Respiratória crónica, com VNI noturna;
- Infeções respiratórias de repetição;
- Atraso do desenvolvimento neuro psicomotor;
- Dificuldades alimentares, com recurso a PEG;

2.3. Alergias: sem alergias conhecidas.

2.4. Medicação Prescrita

Fármaco	Dosagem	Grupo Farmacológico
Domperidona	1ml – 2x dia	Antidopaminérgico, modificadores da motilidade gastrointestinal
Brometo de Ipratrópio (nebulização)	1 ml – 1 a 2 x dia	Anticolinérgico / broncodilatador
Salmeterol e propionato de fluticasona (pó)	125 mg	Combinação de broncodilatador de longa duração de ação e corticosteroide
Esomeprazol	10mg	Inibidor da bomba de prótons

2.5. Auscultação Pulmonar / Respiração

Inspeção Estática	Não se observam alterações a nível da morfologia, diâmetros torácicos e assimetrias. Sem curvaturas anormais da coluna torácica. Apresenta hipotonia muscular e emagrecimento. Não apresenta tumefações ou lesões em toda a região do tórax, incluindo região mamária. Não apresenta desvio da traqueia.
Inspeção Dinâmica	Em relação aos movimentos torácicos simétricos, com respiração de predomínio abdominal, pouco profunda e mais superficial por períodos, e eupneica.
Palpação	Não se observam alterações. Sem tumefações, lesões ou adenopatias
Percussão	Ressonância normal- som claro pulmonar.
Auscultação	Sem auscultação de ruídos adventícios, apresenta diminuição do murmúrio vesicular em ambos os 1/3 inferiores dos pulmões.
Tosse / Expetoração	Apresenta tosse pouco eficaz. Apresenta secreções em moderada quantidade, fluídas, esbranquiçadas, sem cheiro a destacar.

Apresenta tensão arterial sistólica a oscilar entre 90mmHg e 100mmHg, a diastólica a oscilar entre 50mmHg e 60mmHg. A frequência cardíaca oscila entre 55 bpm e 85 bpm. Saturações de oxigénio no sangue oscilam entre 95-99%.

2.6. Força Muscular

Força Muscular (Escala Medical Research Council)		
Cabeça e pescoço	Flexão	3/5
	Extensão	3/5
	Flexão lateral esquerda	4/5

	Flexão lateral direita	4/5	
	Rotação	3/5	
Membros Superiores		Esquerdo	Direito
Escapulo - umeral	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
	Adução	4/5	4/5
	Abdução	4/5	4/5
	Rotação interna	4/5	4/5
	Rotação externa	4/5	4/5
Cotovelo	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
Antebraço	Pronação	3/5	3/5
	Supinação	3/5	3/5
Punho	Flexão	3/5	3/5
	Extensão	3/5	3/5
	Desvio Radial	3/5	3/5
	Desvio Cubital	3/5	3/5
	Circundação	3/5	3/5
Dedos	Flexão	3/5	3/5
	Extensão	3/5	3/5
	Adução	3/5	3/5
	Abdução	3/5	3/5
	Circundação	---	---
	Oponência do polegar	3/5	3/5
Membros Inferiores		Esquerdo	Direito
Coxo-femoral	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
	Adução	4/5	4/5
	Abdução	4/5	4/5
	Rotação interna	4/5	4/5

	Rotação externa	4/5	4/5
Joelho	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
Tibiotársica	Flexão plantar	3/5	3/5
	Dorsiflexão	3/5	3/5
	Inversão	3/5	3/5
	Eversão	3/5	3/5
Dedos	Flexão	3/5	3/5
	Extensão	3/5	3/5
	Adução	3/5	3/5
	Abdução	3/5	3/5

2.7. Tônus Muscular

A menina M. apresenta, à inspeção e palpação, hipotonia em todos os segmentos corporais.

2.8. Sensibilidade

Sensibilidade Superficial	Térmica: reconhece luva com água quente e fria em todos os segmentos corporais;
	Tátil: reconhece toque com compressa nos segmentos corporais;
	Dolorosa: reconhece estímulo doloroso nos segmentos corporais, sem alterações
Sensibilidade Profunda	Postural: sem alterações aparentes em todos os segmentos corporais
	Vibratória: não foi testada
	Pressão: sem alterações aparentes em todos os segmentos corporais

2.9. Coordenação e Equilíbrio

Não apresenta alterações aparentes na coordenação de movimentos, realiza teste dedo-nariz e calcanhar-joeelho bilateralmente, sem alterações.

Relativamente ao equilíbrio, apresenta equilíbrio estático sentada satisfatório e dinâmico pouco eficaz. Na posição ortostática o equilíbrio é insatisfatório, tanto o estático como o dinâmico.

2.10. Amplitudes Articulares

Não apresenta aparente limitação articular a nível dos segmentos corporais.

2.11. Marcha

Desloca-se ao colo, por períodos, e em carrinho de bebé quando se desloca ao exterior da instituição. É incentivada a marcha com apoio axilar ou antebraquial bilateral, que realiza com alterações na posição dos membros inferiores no ataque ao solo, fase oscilante deficitária devido à hipotonia dos membros inferiores e base de sustentação tendencialmente alargada.

2.12. Avaliação do Desenvolvimento (6 de dezembro de 2017)

Para avaliar o desenvolvimento psicomotor da menina M. foi utilizada a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada para 3-4 anos, por constar do Guia de boas práticas de cuidados de saúde infantil e pediátrica, da OE (2010) e do Programa nacional de Saúde Infantil e Juvenil, elaborado pela DGS (2012):

Comportamento e adaptação social – Reage com reserva a pessoas estranhas mas estabelece contacto visual, cria empatia, responde de forma comedida mas, quando na presença dos adultos de referência, consegue sorrir e responder ao que lhe é solicitado. Dependente nos autocuidados: alimentação hiperproteica noturna por PEG, de dia come pela sua mão utilizando a colher na mão direita (dieta pastosa por dificuldade em ingerir alimentos mais sólidos); apresenta perdas urinárias e fechos para fralda, alerta com as palavras corretas quando se encontra suja;

Visão e motricidade fina – apresenta bom desenvolvimento da motricidade fina apesar da alteração da força muscular e tónus; Identifica cores, faz desenho da figura humana, face grande com olhos e boca da qual emergem

os braços e pernas; gosta de fazer puzzles de 10 peças e torres de 4/6 elementos.

Postura e motricidade global – Necessita de apoio axilar/antebraquial para a marcha, consegue manter equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada, na posição ortostática o equilíbrio estático é eficaz por curtos períodos e o dinâmico não é satisfatório, usa capacete para prevenção de traumatismo por queda.

Audição e Linguagem – Verbaliza e responde pelo seu nome (exceto quando está a brincar fazendo-se passar pela sua irmã gêmea), sabe a sua idade, vocabulário simples, repete palavras simples, dificuldade na articulação das palavras, mas, globalmente, perceptível. Discurso relativamente fluente, frases com alguma complexidade, principalmente quando fala com a irmã.

2.13. Avaliação do Autocuidado

O autocuidado, nesta fase de desenvolvimento da criança, não é, por norma, avaliado, mas sim o papel parental ou do cuidador da menina M. Neste caso concreto, tal não se aplica, pois os cuidadores são profissionais com formação e que já asseguram os cuidados há vários anos, demonstrando conhecimentos e habilidades para tal.

Ainda assim, entendi ser pertinente enquadrar a avaliação da menina M. nos requisitos universais de autocuidado, estabelecidos por Orem, para organizar o meu pensamento e planeamento da intervenção em enfermagem.

Requisitos de Autocuidado	Padrão Habitual de Autocuidado	Défice de Autocuidado	Sistema de Enfermagem
Manutenção da inspiração de ar suficiente	Eupneica, embora use Bipap no período noturno	Défice no volume inspiratório por hiponia e fraqueza dos músculos respiratórios e presença de secreções brônquicas	Intervenção do ER pelo sistema parcialmente compensatório para reeducação funcional respiratória, sistema totalmente compensatório para aspiração de secreções e colocação de Bipap,/nebulizador e sistema educativo e de suporte no ensino aos cuidadores
Manutenção de ingestão suficiente de água	Bebe água, leva o copo à boca com as duas mãos	Sem défice	
Manutenção de ingestão suficiente de alimentos	Ingere dieta pastosa por mão própria com uso de colher	Por défice nutricional necessita de aporte de alimentação entérica por PEG, no período noturno	Sistema educativo e de suporte, direcionado aos cuidadores sobre alimentação por PEG

Promoção dos cuidados associados com a eliminação	Perdas urinárias e fecais para fralda de proteção, várias vezes por dia	Sem déficit	
Manutenção do equilíbrio entre a atividade e o descanso	Realiza períodos de sono durante o dia e dorme durante o período noturno	Sem déficit	
Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social	Interage com a irmã gêmea e cuidadoras, acalma-se com colo, carinhos e chupeta	Sem déficit	
Prevenção dos riscos para a vida humana, funcionamento e bem-estar humano	Não demonstra consciência de limitações, usa capacete de proteção quando brinca no chão; não adota medidas preventivas de complicações respiratórias	Risco acrescido de infecções respiratórias e traumatismo	Intervenção do ER pelo sistema parcialmente compensatório e educativo e de suporte
Promoção do funcionamento e desenvolvimento nos grupos sociais conforme o potencial, as limitações e o desejo de ser normal	Interação satisfatória com os pares e cuidadoras, com apoio aparentemente adequado no desenvolvimento do seu potencial	Sem déficit	

3. PLANO DE CUIDADOS

Diagnóstico	Resultados esperados	Intervenção	Registo e Avaliação
Equilíbrio Corporal comprometido	<p>- Que a menina M. desenvolva potencial para manter equilíbrio estático e dinâmico satisfatório na posição de sentada e equilíbrio estático na posição ortostática;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir ambiente - Negociar cuidados com a criança; - Implementar técnicas de brincar terapêutico; - Incentivar e treinar uma base de sustentação adequada para manter o equilíbrio na posição de sentada e ortostática; - Incentivar e treinar assumir a posição de pé e permanecer em equilíbrio estático por períodos crescentes (15-30 segundos, 1 minuto, 2 minutos) com o menor apoio tolerado; 	<p>14/12 – Realizado treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada, incentivando a correta posição na posição de sentada no chão, com brincadeiras com brinquedos com rodas e bola, a menina M. não aderiu à brincadeira durante um período de tempo significativo;</p> <p>02/01 – Realizado treino de equilíbrio estático e dinâmico na posição de sentada, com brincadeiras com brinquedos coloridos e com sons, que cativaram mais a atenção da menina M. – apresenta fraco equilíbrio dinâmico, não recorre ao tronco para se movimentar, eleva e estende os membros superiores;</p> <p>09/01 – Treinado o equilíbrio dinâmico na posição de sentada na bola suíça, que mantém por cerca de 15 segundos, necessitando de apoio ocasional;</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Promover alongamentos quando na posição de sentada com o menor apoio tolerado, através de brincadeiras; - Promover e incentivar movimentos de rotação do tronco para tocar/deslocar objetos de um ponto para outro; - Realizar reforço positivo; - Providenciar medidas de segurança, nomeadamente através do uso de capacete e de calçado adequado; 	<p>Assume a posição de pé e senta-se com apoio antebraquial; anda com apoio axial bilateral;</p> <p>24/01 – Conseguiu assumir a posição de sentada na cama de forma independente, com apoio nos antebraços e com ajuda das grades da cama, e mantém equilíbrio; quando estimulado o movimento nesta posição, perde o equilíbrio com relativa facilidade e recusa retomar a brincadeira; realiza marcha com apoio axilar bilateral, denota-se melhor equilíbrio do tronco;</p>
<p>Movimento Muscular diminuído</p> <p><u>Manifestado por:</u></p> <p>Preferir brincadeiras com</p>	<p>- Que a menina M. apresente integridade das estruturas articulares, mantenha a sua amplitude e</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir ambiente - Negociar cuidados com a criança; - Implementar técnicas de brincar terapêutico; - Avaliar a força muscular recorrendo à escala MRC; 	<p>12/12 – Realizadas mobilizações ativas assistidas dos membros superiores e inferiores, com rolamentos na cama em contexto de brincadeira; com boa tolerância por parte da menina M.;</p> <p>Incentivada a correção postural na bola suíça, que mantém por cerca de 5 segundos, necessitando de</p>

<p>pouco movimento, não alternar posição frequentemente de forma independente;</p> <p><u>Relacionado com:</u></p> <p>Alteração da força e tônus muscular</p>	<p>melhore a eficácia dos movimentos;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar mobilidade através de brincadeiras; - Incentivar o correto posicionamento durante a realização de mobilizações, brincadeiras, alimentação, entre outras atividades, promovendo o conforto e alinhamento corporal ideal para mobilizar os diferentes segmentos corporais; - Realizar mobilizações passivas e ativas assistidas dos movimentos de todos os segmentos corporais; - Promover períodos de repouso após realização dos exercícios; - Providenciar reforço positivo; - Providenciar medidas de segurança, nomeadamente 	<p>reposicionamento; Assume a posição de pé e senta-se com apoio antebraquial;</p> <p>02/01 – Realizadas mobilizações ativas assistidas dos membros superiores e inferiores, com rolamentos na cama em contexto de brincadeira; com boa tolerância por parte da menina M.;</p> <p>Incentivada a correção postural na bola suíça, que mantém por cerca de 15 segundos, necessitando de reposicionamento; Assume a posição de pé e senta-se com apoio antebraquial; anda com apoio axial bilateral com ligeira anteriorização do tronco, fraca elevação dos membros inferiores e ataque ao solo dos membros em inversão ocasional;</p> <p>09/01 – Realizadas mobilizações ativas assistidas dos membros superiores e inferiores, com rolamentos na cama em contexto de brincadeira; com boa tolerância por parte da menina M.;</p> <p>Incentivada a correção postural na bola suíça, que mantém por cerca de 15 segundos, necessitando de reposicionamento; Assume a posição de pé e</p>
--	---	---	--

		<p>através do uso de capacete e de calçado adequado;</p>	<p>senta-se com apoio antebraquial; anda com apoio axial bilateral com fraca elevação dos membros inferiores e ataque ao solo dos membros em inversão ocasional;</p> <p>18/01 - Realizadas mobilizações ativas assistidas dos membros superiores e inferiores, com rolamentos na cama em contexto de brincadeira; com boa tolerância por parte da menina M.;</p> <p>Incentivada a correção postural quando sentada no chão, com boa tolerância, desloca-se apoiando os joelhos no chão, roda o tronco e movimenta os membros superiores quando estimulada em contexto de brincadeira;</p> <p>24/01 – Conseguiu assumir a posição de sentada na cama de forma independente, com apoio nos antebraços e com ajuda das grades da cama, inicia movimento de rolamento, com necessidade de correção a nível do tronco; realiza marcha com apoio axilar bilateral, denota-se melhor controlo do tronco; Mantém-se sentada na bola suíça por</p>
--	--	--	---

			períodos de, aproximadamente, 2 minutos, sem necessidade de correção postural;
Ventilação comprometida Manifestado por: ciclos respiratórios curtos, respiração superficial, ruídos adventícios ocasionais, murmúrio vesicular diminuído; Relacionado com: Diminuição da força muscular, hipotonia dos	- Que a menina M. realize uma ventilação eficaz	- Avaliar respiração; - Gerir ambiente; - Negociar cuidados com a criança; - Implementar técnicas de brincar terapêutico; - Executar técnica de posicionamento; - Executar cinesiterapia respiratória: - abertura costal global e seletivas; - técnica de drenagem postural clássica; - técnica de percussão torácica; - técnica de vibrocompressão torácica;	12/12 - A menina M. encontrava-se a terminar nebulização no leito e apresentava-se eupneica, com respiração superficial, simétrica, pouco ampla, ligeira diminuição do murmúrio vesicular nas bases pulmonares; Saturações de O ₂ - 96%. Foram realizados exercícios de cinesiterapia respiratória: abertura costal global em decúbito dorsal, em que a M. apanhava a Kitty quando realizava o movimento; realizadas mobilizações passivas dos membros inferiores, com flexão dos joelhos ao abdómen, em que é possível exercer ligeira pressão abdominal num movimento para baixo e para cima na fase expiratória para favorecer a excursão diafragmática; realizadas vibro compressões em decúbito dorsal e lateral direito e esquerdo, com percussão, em que a menina emitia um som simultaneamente, “a brincar aos índios”; No final com saturação O ₂ = 98%;

<p>músculos respiratórios</p>		<p>- Realizadas técnicas respiratórias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reeducação abdomino diafragmática e costal - Assegurar reforço positivo; 	<p>14/12 – A menina M. encontrava-se a terminar nebulização no leito e apresentava-se eupneica, com respiração superficial, simétrica, pouco ampla; Saturações de O2- 97%. Foram realizados exercícios de cinesiterapia respiratória: abertura costal global em decúbito dorsal, em que a M. contou até à décima repetição do movimento; realizadas vibro compressões em decúbito dorsal e lateral direito e esquerdo, com percussão, em que a menina emitia um som simultaneamente, “a brincar aos índios”; No final com sat. O2 = 98%;</p> <p>02/01 - A menina M. apresentava-se eupneica, com respiração superficial, simétrica, pouco ampla, roncos dispersos nos lobos superiores bilateralmente; Saturações de O2- 95%. Foram realizados exercícios de cinesiterapia respiratória: abertura costal global em decúbito dorsal, em que a M. contou até à décima repetição do movimento; realizadas vibro compressões em decúbito dorsal e lateral direito e esquerdo, com percussão, em que a</p>
-------------------------------	--	---	---

			<p>menina emitia um som simultaneamente, “a brincar aos índios”; apresentou acessos de tosse pouco eficaz; no final com sat. O₂ =97%;</p> <p>04/01 - A menina M. apresentava-se eupneica, com respiração superficial, simétrica, pouco ampla, roncos dispersos nos lobos superiores bilateralmente; Saturações de O₂- 95%. Foram realizados exercícios de cinesiterapia respiratória: abertura costal global em decúbito dorsal, em que a M. contou até à décima repetição do movimento; realizadas vibro compressões em decúbito dorsal e lateral direito e esquerdo, com percussão, em que a menina emitia um som simultaneamente, “a brincar aos índios”; Apresentou acessos de tosse pouco eficaz; No final com sat. O₂ = 96%;</p> <p>09/01 - A menina M. apresentava-se a terminar nebulização no leito, eupneica, com respiração superficial, simétrica, pouco ampla, discretos roncos nos segmentos apicais dos lobos superiores, mais acentuados à direita; Saturações</p>
--	--	--	---

			<p>de O2- 97%. Foram realizados exercícios de cinesiterapia respiratória: realizadas mobilizações passivas dos membros inferiores, com flexão dos joelhos ao abdômen, em que é possível exercer ligeira pressão abdominal num movimento para baixo e para cima na fase expiratória para favorecer a excursão diafragmática; abertura costal global em decúbito dorsal, em que a M. alcançava o brinquedo quando completava o movimento; Aberturas costais seletivas, com ênfase no lado direito, contando os movimentos realizados; realizadas vibro compressões em decúbito dorsal e lateral direito e esquerdo, com percussão, em que a menina emitia um som simultaneamente, “a brincar aos índios”; Apresentou acessos de tosse pouco eficaz; No final com sat. O2 = 99%, não foram auscultados ruídos adventícios;</p> <p>18/01 - A menina M. encontrava-se a terminar nebulização no leito e apresentava-se eupneica, com respiração superficial, simétrica, pouco ampla,</p>
--	--	--	---

			<p>ligeira diminuição do murmúrio vesicular nas bases pulmonares; Saturações de O₂- 97%. Foram realizados exercícios de cinesiterapia respiratória: abertura costal global em decúbito dorsal, em que a M. apanhava o brinquedo quando realizava o movimento; realizadas mobilizações passivas dos membros inferiores, com flexão dos joelhos ao abdómen, em que é possível exercer ligeira pressão abdominal num movimento para baixo e para cima na fase expiratória para favorecer a excursão diafragmática; realizadas vibro compressões em decúbito dorsal e lateral direito e esquerdo, com percussão, em que a menina emitia um som simultaneamente, “a brincar aos índios”; No final com sat. O₂ ~ 99%</p> <p>24/01 - A menina M. encontrava-se a terminar nebulização no leito e apresentava-se eupneica, com respiração superficial, simétrica, pouco ampla; Saturações de O₂- 97%. Foram realizados exercícios de cinesiterapia respiratória: abertura</p>
--	--	--	--

			<p>costal global em decúbito dorsal, em que a M. apanhava o brinquedo quando realizava o movimento; realizadas mobilizações passivas dos membros inferiores, com flexão dos joelhos ao abdómen, em que é possível exercer ligeira pressão abdominal num movimento para baixo e para cima na fase expiratória para favorecer a excursão diafragmática; realizadas vibro compressões em decúbito dorsal e lateral direito e esquerdo, com percussão, em que a menina emitia um som simultaneamente, “a brincar aos índios”; No final com sat. O2 ~ 99%;</p>
<p>Limpeza das vias aéreas ineficaz</p>	<p>- Que a menina M. mantenha uma higiene brônquica satisfatória, sendo necessário aspirar secreções o menor número de vezes possível;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar respiração; - Avaliar reflexo de tosse; - Avaliar secreções; - Gerir ambiente; - Negociar cuidados com a criança; - Implementar técnicas de brincar terapêutico; 	<p>12/12 – A menina M. encontrava-se a terminar nebulização no leito e apresentava-se eupneica, com respiração superficial, simétrica, pouco ampla, ligeira diminuição do murmúrio vesicular nas bases pulmonares; Saturações de O2- 96%. Foram realizados exercícios de cinesiterapia respiratória, aplicação de soro fisiológico a nível nasal, em que a menina escolhe a narina que quer que seja</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de posicionamento; - Executar cinesiterapia respiratória: <ul style="list-style-type: none"> - abertura costal global e seletivas; - técnica de drenagem postural clássica; - técnica de percussão torácica; - técnica de vibrocompressão torácica; -Realizadas técnicas respiratórias: <ul style="list-style-type: none"> -Reeducação abdomino diafragmática e costal - Providenciar administração de terapêutica com nebulizador; - Aplicação de soro fisiológico a nível nasal; - Aspirar secreções; 	<p>aplicado o soro primeiro e pede sempre soro na boca!; são realizadas compressões torácicas enquanto se incentiva a menina a saltar numa bola suíça (com uma base com rodas, minimizando o desequilíbrio), com o objetivo de soltar secreções das paredes brônquicas; reflexo de tosse presente mas pouco eficaz; aspiradas secreções: a menina escolhe a narina por onde prefere ser introduzida a sonda de aspiração primeiramente, colabora com o procedimento, deglute e tosse; Aspiradas secreções espessas, esbranquiçadas, em moderada quantidade;</p> <p>02/01 - A menina M. apresentava-se eupneica, com respiração superficial, simétrica, pouco ampla, roncos dispersos nos lobos superiores bilateralmente; Saturações de O2- 95%. Foram realizados exercícios de cinesiterapia respiratória, aplicação de soro fisiológico a nível nasal, em que a menina escolhe a narina que quer que seja aplicado o soro primeiro e pede sempre soro na</p>
--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a tosse e a expiração forçada pelo nariz; - Assegurar reforço positivo; 	<p>boca!; são realizadas compressões torácicas enquanto se incentiva a menina a saltar numa bola suíça (com uma base com rodas, minimizando o desequilíbrio), com o objetivo de soltar secreções das paredes brônquicas; reflexo de tosse presente mas pouco eficaz; aspiradas secreções: a menina escolhe a narina por onde prefere ser introduzida a sonda de aspiração primeiramente, colabora com o procedimento, deglute e tosse; Aspiradas secreções espessas, de cor amarela, em moderada quantidade;</p> <p>04/01 - A menina M. apresentava-se eupneica, com respiração superficial, simétrica, pouco ampla, roncos dispersos nos lobos superiores bilateralmente; Saturações de O2- 95%. Foram realizados exercícios de cinesiterapia respiratória, aplicação de soro fisiológico a nível nasal, em que a menina escolhe a narina que quer que seja aplicado o soro primeiro e pede sempre soro na</p>
--	--	---	---

			<p>boca!; são realizadas compressões torácicas enquanto se incentiva a menina a saltar numa bola suíça (com uma base com rodas, minimizando o desequilíbrio), com o objetivo de soltar secreções das paredes brônquicas; reflexo de tosse presente mas pouco eficaz; aspiradas secreções: a menina escolhe a narina por onde prefere ser introduzida a sonda de aspiração primeiramente, colabora com o procedimento, deglute e tosse; Aspiradas secreções espessas, amarelas, em abundante quantidade;</p> <p>09/01 - A menina M. apresentava-se a terminar nebulização no leito, eupneica, com respiração superficial, simétrica, pouco ampla, discretos roncos nos segmentos apicais dos lobos superiores, mais acentuados à direita; Saturações de O2- 97%. Foram realizados exercícios de cinesiterapia respiratória, aplicação de soro fisiológico a nível nasal, em que a menina escolhe a narina que quer que seja aplicado o soro primeiro;</p>
--	--	--	--

			<p>são realizadas compressões torácicas enquanto se incentiva a menina a saltar numa bola suíça (com uma base com rodas, minimizando o desequilíbrio), com o objetivo de soltar secreções das paredes brônquicas; reflexo de tosse presente mas pouco eficaz; aspiradas secreções: a menina escolhe a narina por onde prefere ser introduzida a sonda de aspiração primeiramente, colabora com o procedimento, deglute e tosse; Aspiradas secreções viscosas, esbranquiçadas, em moderada quantidade;</p> <p>18/01 - A menina M. encontrava-se a terminar nebulização no leito e apresentava-se eupneica, com respiração superficial, simétrica, pouco ampla, ligeira diminuição do murmúrio vesicular nas bases pulmonares; Saturações de O2- 97%. Foram realizados exercícios de cinesiterapia respiratória, aplicação de soro fisiológico a nível nasal, em que a menina escolhe a narina que quer que seja aplicado o soro primeiro; são realizadas</p>
--	--	--	---

			<p>compressões torácicas enquanto se incentiva a menina a saltar numa bola suíça (com uma base com rodas, minimizando o desequilíbrio), com o objetivo de soltar secreções das paredes brônquicas; reflexo de tosse presente mas pouco eficaz; aspiradas secreções: a menina escolhe a narina por onde prefere ser introduzida a sonda de aspiração primeiramente, colabora com o procedimento, deglute e tosse; Aspiradas secreções espessas, esbranquiçadas, em reduzida quantidade;</p> <p>24/01 - A menina M. encontrava-se a terminar nebulização no leito e apresentava-se eupneica, com respiração superficial, simétrica, pouco ampla; Saturações de O₂- 97%. Foram realizados exercícios de cinesiterapia respiratória aplicação de soro fisiológico a nível nasal, em que a menina escolhe a narina que quer que seja aplicado o soro primeiro; são realizadas compressões torácicas enquanto se incentiva a menina a saltar numa bola</p>
--	--	--	---

			<p>suíça (com uma base com rodas, minimizando o desequilíbrio), com o objetivo de soltar secreções das paredes brônquicas; reflexo de tosse presente mas pouco eficaz; aspiradas secreções: a menina escolhe a narina por onde prefere ser introduzida a sonda de aspiração primeiramente, colabora com o procedimento, deglute e tosse; Aspiradas secreções fluídas, esbranquiçadas, em reduzida quantidade;</p>
--	--	--	---

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência proporcionada de prestar cuidados de reabilitação a uma criança foi, para mim, um dos pontos mais positivos do ensino clínico a decorrer na comunidade. Motivar e promover a adesão da pessoa adulta para um programa de reabilitação já é, por si, um processo delicado e que requer o desenvolvimento de competências de disciplina, comunicação e relacionais por parte do ER. Neste caso em particular, a exigência multiplica-se. Não poderia ir pela via racional, mas sim pela emotiva e lúdica.

Assim, destaco como primeiro desafio sentido o estabelecimento de uma relação terapêutica com a menina M. Trata-se de uma criança de quatro anos, com um atraso no seu desenvolvimento neuro psicomotor e inserida numa instituição por incapacidade dos progenitores prestarem os cuidados que esta e a irmã gémea necessitam. Este contexto cria, intencionalmente ou não, um isolamento social que leva a que as crianças não estejam acostumadas a contactar com pessoas fora do seu circuito habitual. Tal torna-se, logo à partida, uma barreira.

Como tal, nos primeiros contactos optei por não prestar cuidados diretos e apenas participar como o elemento que brincava com as gémeas enquanto a enfermeira orientadora intervinha. Neste âmbito, pude observar de que forma a menina M. reagia às diferentes intervenções, a sua preferência no que toca a brincadeiras e de que forma eu me podia adequar às suas necessidades e exigências como criança alvo dos meus cuidados. Deparei-me com uma certa rotina nos cuidados prestados, que a criança antevia e fazia questão de o mostrar, dizendo “agora a falda e o soro”, por exemplo.

Quando me senti a par dessa rotina e mais aceite pela menina M. – quando esta começou a responder às minhas questões e brincadeiras e a tomar a iniciativa de me emprestar os bonecos e assim, - comecei a inteirar-me da intervenção, com boa resposta por parte da menina M. Pedi à enfermeira orientadora para não aspirar secreções nos primeiros dias porque, tendo avaliado esse procedimento como o causador de maior desconforto e relutância por parte da criança, tinha receio que fosse ser um fator ainda mais stressor nesse momento crítico, por não ter, ainda, o à-vontade da menina M. comigo.

Quando comecei a realizar todos os procedimentos, apesar de ter tido um *feedback* positivo por parte da menina M., tive receio de não estar a realizar os movimentos da forma mais correta. Primeiro tive que abandonar a referência de “comprimir com uma mão”, para passar a “comprimir com 3 dedos”. Por outro lado, a criança exige que mantenhamos uma aparente postura de brincadeira e descontração na nossa atuação, o que requer uma constante adequação dos métodos utilizados, uma flexibilidade na minha intervenção que tive que ir trabalhando.

Como estratégia, remeti sempre o meu foco para o objetivo principal da minha intervenção, como por exemplo: conseguir uma abertura costal seletiva quando me posicionava do lado do pulmão que queria trabalhar e elevava um brinquedo para a menina M. conseguir apanhar, esta fazia abdução da articulação escapulo-umeral. Caso me posicionasse de frente era conseguida uma abertura costal global. Apesar de não ser possível coordenar estes movimentos com os tempos respiratórios, uma vez que a criança não compreende e não cumpre os movimentos e tempos pedidos, esta respira normalmente enquanto faz os exercícios.

Outro aspeto a ressaltar é o facto da janela temporal de atuação do ER ser, nesta criança, particularmente pequeno. É necessário manter a atenção da menina M., a sua colaboração e, simultaneamente, avaliar o seu rendimento. Como tal, foi crucial priorizar aspetos da minha intervenção. No seguimento do que estava previamente estabelecido entre a instituição e a equipa de ECCI, a menina M. desloca-se ao hospital duas vezes por semana para receber intervenção por parte do serviço de medicina física e reabilitação, em que é trabalhada a motricidade da criança. A componente respiratória é, assim, o nosso foco primordial e daí ter dado maior ênfase ao mesmo no meu plano de cuidados.

A intervenção do EEER na criança em situação de doença crónica vai depender de cada criança e do seu estadió de desenvolvimento. Numa criança mais velha podem ser iniciados os exercícios de marcha, subir escadas, bicicleta, passadeira, ciclo ergómetro de braços, exercícios com pesos, enquanto numa criança pequena, a realização destes exercícios será difícil, pelo que qualquer atividade ou brincadeira que promova o movimento da criança, como gatinhar, brincar, colocar-se de pé, andar, será útil para o seu desenvolvimento

e uma oportunidade para aumentar a sua tolerância ao exercício (Silva, Silva, Santos & Silveira, 2012).

Gostava ainda de realçar o impacto da atuação da equipa da ECCI nos ganhos em saúde e qualidade de vida da menina M. O processo não teve um início fácil. A UCC Consigo tem aberto portas no sentido da prestação de cuidados de reabilitação pediátricos no domicílio, tendo-se proposto a criar condições para providenciar os cuidados necessários para integrar crianças/famílias com doença crónica, com necessidades de cuidados especiais, de modo a possibilitar a sua permanência em casa e diminuir a necessidade de recorrência frequente ao hospital (para realizarem tratamentos que poderiam ser providenciados em casa por uma equipa especializada, nomeadamente de reabilitação respiratória e sensoriomotora).

Com a intervenção da equipa pretende-se diminuir o número de internamentos destas crianças e os gastos em saúde e melhorar a qualidade de vida da criança/família. A monitorização da taxa de prevalência de internamentos hospitalares da criança em situação de doença crónica antes e depois de serem acompanhadas pela UCC será um indicador epidemiológico fulcral para evidenciar a importância da intervenção destes profissionais, e um dos objetivos definidos neste projeto visa reduzir em 50% a taxa de prevalência de internamentos hospitalares da criança em situação de doença crónica, quando acompanhada pela equipa.

Partindo do princípio número um da Carta da Criança Hospitalizada, que refere que a criança só deve ser hospitalizada “quando os cuidados à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia” (Instituto de Apoio à Criança, 2000, p.8), torna-se clara a importância dos cuidados prestados ao nível da comunidade e a influência que estes podem ter no cumprimento dos princípios desta carta e na redução dos internamentos hospitalares da criança em situação de doença crónica. Ribas & Ferraz (2010) defendem que as UCC devem servir “como gestoras da informação e dos cuidados e de centro de comunicação e articulação aberta e sem barreiras entre os vários intervenientes no processo: família, equipa de saúde e hospital” (p. 194), desta forma os enfermeiros da UCC funcionam como gestores de caso que prestam “cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis,

em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo” (Diário da República, 2008, p. 1184).

EEER é aquele que concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (Diário da República, 2011). Na sua atividade, identifica as necessidades de saúde, analisa os dados sobre cada situação, fórmula diagnósticos, prescreve intervenções e avalia-as, permitindo assim a implementação e monitorização de planos de Enfermagem de Reabilitação, sempre orientado pelas oito categorias de enunciados descritivos previstas no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação: satisfação dos doentes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto cuidado dos doentes, readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social, e organização dos cuidados de Enfermagem (Diário da República, 2015, pág. 16656). Este projeto incide no terceiro enunciado descritivo – prevenção de complicações.

O EEER assume um papel fundamental perante a criança em situação de doença crónica, ao desenvolver um processo de prestação de cuidados globais, que permita dar resposta às diferentes necessidades da criança e família, possibilitando reduzir sintomas, prevenir complicações, maximizar o potencial de desenvolvimento e crescimento da criança, potenciar a dinâmica familiar, favorecer a reinserção social e familiar da criança, otimizar a relação custo-benefício dos cuidados e melhorar a qualidade de vida da criança e família, tornando possível obter ganhos efetivos em saúde (Silva, Silva, Santos & Silveira, 2014).

Como já foi referido inicialmente, desde maio de 2015, esta equipa presta cuidados de reabilitação respiratória à menina M. e sua irmã gémea, onde se verificou uma redução da taxa de internamento hospitalar superior a 50%. Ter oportunidade de integrar este projeto, ainda que de forma temporária, permitiu-me perceber o impacto que o EEER pode ter quando chega realmente onde é necessário e se desafia, no sentido da excelência da profissão.

BIBLIOGRAFIA

- Silva, J., Silva, N., Santos, V., Silveira, T. (2012). *O enfermeiro especialista em reabilitação no acompanhamento da criança em ventilação domiciliária*. Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP, 4, 15-25. Acedido em 25-01-2018. Disponível em: <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/download.aspx?artigoid=30725>
- Decreto Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro (2008). Criação dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República, I Série*, N.º 38 (22-02-2008). p. 1182-1189.
- Direção geral da Saúde (2012). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa, Direção Geral da Saúde.
- Instituto de Apoio à Criança (2000). *Carta da criança hospitalizada*. Lisboa: Grupo Medinfar.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro (2011a). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010. *Diário da República, II série*, N.º 35 (18/2/2011) 8658-8659.
- Regulamento nº 350/2015 de 22 de Junho (2015b). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, aprovado em Assembleia Geral de 22 de Outubro de 2011. *Diário da República, II série*, Nº 119 (22/06/2015) 16655-16660.
- Ribas, M. & Ferraz, C. (2010). *O papel da comunidade. Nascer e crescer*. Vol XIX (3), 192-194. Acedido em: 23-01-2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v19n3/v19n3a17.pdf>